



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – MAPSI

Iagê Lage Donato

ESTRESSE INTERPESSOAL, COPING E RECAÍDA AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: uma abordagem transacional

PORTO VELHO-RO

2017

Iagê Lage Donato

**ESTRESSE INTERPESSOAL, COPING E RECAÍDA AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: uma abordagem transacional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Fabio Biasotto Feitosa.

Área de concentração: Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais.

PORTO VELHO-RO

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

D677e

Donato, Iagê Lage.

Estresse Interpessoal, coping e recaída ao uso de substâncias psicoativas: uma abordagem transacional / Iagê Lage Donato. - Porto Velho, Rondônia, 2017.

108 f. il.;

Orientador: Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI), Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

1. Estresse Psicológico. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 3. Relações Interpessoais. 4. Adaptação Psicológica. I. Feitosa, Fabio Biasotto. II. Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. III. Título.

CDU: 159.97

Bibliotecário Responsável: Fernando Silva de Almeida CRB11/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

**"ESTRESSE INTERPESSOAL, COPING E RECAÍDA AO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: UMA ABORDAGEM TRANSACIONAL"**

IAGÊ LAGE DONATO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Psicologia (Mapi) como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em Psicologia pela
Fundação Universidade Federal de Rondônia

Linha de Pesquisa: "Saúde e Processos Psicossociais"

Orientador: Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa

Banca examinadora:

Prof. Dr. Fabio Biasotto Feitosa
Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mapi/Unir)

Assinatura:



Prof.ª Dr.ª Margareth da Silva Oliveira
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGP/PUC-RS)

Assinatura:



Prof.ª Dr.ª Ilana Andretta
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (PPG/Unisinos)

Assinatura:



Dissertação aprovada em: 22/02/2017.

AGRADECIMENTOS

Ao suporte fundamental da minha família, sem o qual seria exaustivamente árduo o projeto pessoal de formação acadêmica até esta etapa.

Ao meu orientador, Fabio Biasotto Feitosa, não apenas pela orientação e coautoria da presente pesquisa, mas principalmente por ter sido um exemplo como professor e pesquisador que muito influenciou minhas escolhas acadêmicas desde a graduação em Psicologia.

Aos meus companheiros acadêmicos, Talyta e Itamar, com quem compartilhei a vida acadêmica desde o início da graduação até aqui, no mestrado em Psicologia. E aos mais recentes colegas do mestrado com quem tive valiosas trocas de conhecimento, Natássia, Rodrigo, Aline (musa), Júnior e a brilhante e generosa Leila. Além de muitos outros colegas e professores que passam pelo nosso caminho e nos ajudam a construí-lo.

Aos colaboradores da pesquisa, por se disporem em abrir suas vidas a um desconhecido, falando de temas difíceis e vexatórios com sinceridade e honestidade que foram tão ricas ao desenvolvimento do estudo aqui apresentado. Espero ter lhes retornado algo em troca!

Às queridas Margareth da Silva Oliveira e Ilana Andretta, por aceitarem participar das bancas de qualificação e defesa da minha dissertação, oferecendo valiosas contribuições. Também agradeço às professoras Ana Maria de Lima Souza e Márcia Fortes Wagner, que deram contribuições generosas ao trabalho e participaram como suplentes das bancas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa através do programa demanda social que torna menos difícil a tarefa do estudante de pós-graduação no nosso país.

Deixo aqui o meu muito obrigado!

“O inferno são os outros!”
(SARTRE, *Jean Paul*, 2006, p.23)

DONATO, I. L. **Estresse interpessoal, coping e recaída ao uso de substâncias pela perspectiva transacional**. 00 fls. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia. Orientador: Dr. Fabio Biasotto Feitosa. Porto Velho, 2016.

RESUMO

Os transtornos por uso de substâncias (TUS) representam um grande desafio para profissionais da saúde, e geram intenso sofrimento nos indivíduos e estresse nas suas relações interpessoais. Esta pesquisa apresenta uma exploração qualitativa acerca do estresse interpessoal vivenciado por pessoas em tratamento para TUS a partir da teoria transacional de estresse e coping de Lazarus. Procurou-se compreender a dinâmica dos eventos interpessoais estressantes e sua relação com as recaídas. Para tal, realizaram-se quatro estudos de caso com indivíduos em tratamento para TUS. O estudo foi conduzido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) da cidade de Porto Velho, capital de Rondônia. Foram voluntários na pesquisa três homens e uma mulher, com idades entre 39 e 50 anos, usuários de diferentes substâncias. Para seleção dos casos, observou-se que todos haviam recaído durante o curso do tratamento e não estavam privados do convívio social. A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semiestruturada elaborada pelo pesquisador para o estudo; a análise dos prontuários formulados pelos profissionais do CAPSad e mantidos na instituição; e a aplicação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus. As estratégias analíticas empregadas incluíram a análise de conteúdo, análise documental, obtenção dos escores relativos ao instrumento psicométrico. Foi realizada a análise dentro do caso, por meio da triangulação dos dados, e a análise cruzada dos casos para obter padrões e lições gerais. O estresse interpessoal foi identificado no contexto da recaída na forma de conflitos, pressão social para uso de drogas, preocupação por magoar um ente querido, e pressão sobre o desempenho de atividades socialmente relevantes. São descritas as avaliações primárias e secundárias relacionadas ao estresse interpessoal que levaram à recaída. Ainda, é destacado o caráter complexo e dinâmico das relações interpessoais. Por fim, aspectos metodológicos e questões norteadoras de pesquisas são discutidos, com objetivo de instigar novas investigações.

Palavras-chave: Estresse Psicológico. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Relações Interpessoais. Adaptação Psicológica.

DONATO, I. L. **Interpersonal stress, coping, and relapse to substance abuse from transactional stress and coping approach.** 00 fls. Dissertation (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia. Orientador: Dr. Fabio Biasotto Feitosa. Porto Velho, 2016.

ABSTRACT

Substance-related disorders (SRD) are a huge challenge for health care professionals, and generates intense suffering to people and causes stress in their interpersonal relationships. The research presents a qualitative exploration about the interpersonal stress experienced by people on treatment for SRD from the Lazarus's transactional theory of stress and coping. The work aimed to understand the dynamics of interpersonal stress and their relation to the occurrence of relapses. For this, four case studies were conducted with individuals undergoing treatment for SRD. The study was carried out with users of a Psychosocial Care Center for people who have alcohol and substance-related disorders, from the city of Porto Velho, the capital of Rondônia. Three men and one woman, aged between 39 and 50 years, consumers of different substances participated in the research. For the participants selection it was observed that all of them had relapsed while treatment and were not deprived of social interaction. Data were collected through an in-depth semi-structured interview elaborated for this research, analysis of medical records kept at the institution, and the application of the Ways of Coping Questionnaire. The analytic strategies adopted included content analysis, documentary analysis, and the relative scores of the psychometric scale. The analysis inside the case was carried out through data triangulation, and the cross-analysis between the cases was done to obtain patterns and lessons learned. The interpersonal stress was identified in the context of relapses in the form of conflict, social pressure for drugs use, concern for hurting a loved one, and pressure on the performance of socially relevant activities. Primary and secondary appraisals related to interpersonal stress that led to relapse are described. In addition, the complex and dynamic character of interpersonal relationships is highlighted. Finally methodological issues and research hypotheses are discussed in order to instigate further investigations.

Key-words: Psychological Stress. Substance-related Disorders. Interpersonal Relationship. Psychological Adaptation.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, décima edição
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies
	Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos Profissionais que
CRR	Atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e Outras Drogas e seus Familiares
EMA	Ecological Momentary Asssesment
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUS	Transtornos por Uso de Substâncias
UNODOC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo Transacional de Estresse e Coping de Lazarus.....	29
Figura 2 - Matriz de Categorias Baseada no Modelo Transacional de Estresse e Coping de Lazarus.	38
Figura 3 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Alex)	47
Figura 4 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Prometeu)	58
Figura 5 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Eva)	70
Figura 6 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Jaime).....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Alex)	45
Tabela 2 - Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Alex)	46
Tabela 3 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Prometeu)	56
Tabela 4 - Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Prometeu).....	57
Tabela 5 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Eva).....	66
Tabela 6 – Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Eva).....	67
Tabela 7 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Jaime).....	80
Tabela 8 – Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Jaime).....	81

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
3 TEORIA TRANSACIONAL DE ESTRESSE E COPING	20
3.1 Avaliação Cognitiva	22
3.2 Estratégias de Coping	24
3.2 Estresse Interpessoal, Coping, TUS e Recaída	29
4 DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
4.1 Local e Escolha dos Casos	33
4.2 Instrumentos	34
4.3 Procedimentos de Coleta de Dados	36
4.4 Procedimentos de Análise de Dados	37
5 ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS	40
5.1 Alex	40
5.1.1 Análise da entrevista semiestruturada	41
5.1.2 Análise do prontuário	44
5.1.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping	44
5.1.4 Triangulação dos dados (Alex)	47
5.2 Prometeu	50
5.2.1 Análise da entrevista semiestruturada	51
5.2.2 Análise do prontuário	54
5.2.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping	55
5.2.4 Triangulação dos dados (Prometeu)	57
5.3 Eva	60
5.3.1 Análise da entrevista semiestruturada	62
5.3.2 Análise do prontuário	65
5.3.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping	65
5.3.4 Triangulação dos dados (Eva)	68
5.4 Jaime	72
5.4.1 Análise da entrevista semiestruturada	73
5.4.2 Análise do prontuário	78
5.4.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping	79
5.4.4 Triangulação dos dados (Jaime)	81

6 ANÁLISE CRUZADA E LIÇÕES APRENDIDAS	84
7 CONCLUSÃO.....	89
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	97
APÊNDICE B – Carta de anuência para realização de pesquisa	100
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	101
APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico	103
ANEXO A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ): 32-item checklist.	105
ANEXO B - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus	107

1 APRESENTAÇÃO

A pesquisa aqui apresentada é resultado do diálogo entre meus interesses de pesquisa no campo dos transtornos por uso de substâncias (TUS) e a linha de pesquisa seguida no grupo de pesquisa do meu orientador neste trabalho. Ainda como estudante de graduação em Psicologia, eu tive a oportunidade de participar de atividades do Centro de Referência em Álcool e Drogas (CRR/SENAD/UNIR) da Universidade Federal de Rondônia. Esta experiência despertou em mim o interesse em desenvolver pesquisas na área. A principal motivação deveu-se à percepção de que em meio a muita informação que é produzida sobre o tema, pouco de fato é compreendido.

Após décadas de pesquisas, os problemas relacionados ao uso disfuncional de substâncias psicoativas (SPA) continuam desafiando estudiosos e profissionais da saúde. Recentemente, grandes avanços têm sido dados por autoridades políticas e por pesquisadores pioneiros na quebra de paradigmas na área. Mesmo assim, os prejuízos associados direta ou indiretamente aos TUS continuam aparecendo em diferentes sintomas de adoecimento biopsicossocial na sociedade contemporânea. O que torna a atividade neste desafiador campo de pesquisa uma árdua, mas necessária, missão.

Inicialmente, buscamos identificar na literatura o que os autores que utilizam a teoria transacional de estresse e coping de Richard Lazarus haviam produzido e o que estava sendo debatido atualmente. Após uma busca minuciosa em bases de dados (SciELO, PubMed, Web of Science, Lilacs e Google Acadêmico), foi constatado que poucos estudiosos se debruçaram sobre essa questão. Porém, percebemos que a teoria transacional teve grande influência sobre modelos de tratamento e teorias sobre a recaída ao uso de drogas. Nos estudos identificados, os fatores intrapessoais são bastante investigados e debatidos. Por outro lado, não foram encontradas pesquisas clínicas sobre o uso de drogas ilegais ou TUS a partir do referencial mencionado, nas quais as variáveis interpessoais formam o escopo da investigação. Outro ponto pouco esclarecido que chamou a atenção foi a falta de informações sobre as relações interpessoais nos textos que tratavam sobre a recaída ao uso de drogas. Assim, delineou-se a presente pesquisa buscando enquadrar o fenômeno da recaída com a teoria transacional e, buscando colaborar para preencher a lacuna observada, optou-se pelo recorte sobre o estresse interpessoal.

Com o objetivo de compreender a dinâmica do estresse interpessoal em situações de recaída vivenciadas por pessoas com TUS, empregamos o modelo transacional de estresse e coping. Para alcançar tal objetivo, foram realizados os objetivos específicos de: descrever

situações de estresse interpessoal vivenciadas pelos participantes; identificar os conteúdos de avaliação primária, secundária e reavaliação cognitiva elaborada pelos participantes em situações de estresse interpessoal; identificar as estratégias de coping utilizadas pelos participantes para lidar com o estresse interpessoal; e avaliar se os esforços de coping despendidos pelos participantes foram eficazes em manejar o estresse, e sua relação com a recaída. Neste intento, conduzimos uma pesquisa qualitativa para abordar o tema de forma aprofundada a partir de estudos de casos múltiplos.

No texto que se segue, é apresentada a contextualização do tema e discutidas relações entre as variáveis estudadas. Na seção de referencial teórico, a teoria transacional de estresse e coping foi revisitada e é apresentada ao leitor. Ainda, outras pesquisas são citadas como fontes de evidências que justificam a investigação da temática e o enquadre utilizado. Apresentamos algumas questões metodológicas que vêm desafiando os pesquisadores e propomos um delineamento pioneiro para abordar de maneira compreensiva o objeto de estudo. Na seção referente aos resultados da pesquisa, trazemos os estudos de casos clínicos que foram desenvolvidos e apresentamos os resultados obtidos a partir de três fontes de dados diferentes. Finalmente, discutimos o conjunto de dados fazendo a triangulação de informações sobre o mapa teórico do modelo transacional de estresse e coping. Por último, destacamos os principais achados, apontamos questões norteadoras para pesquisas futuras e algumas limitações inerentes às conclusões apresentadas.

2 INTRODUÇÃO

O estresse é um dos assuntos mais recorrentes no campo da psicologia da saúde durante as últimas décadas e continua bastante em voga. Historicamente, diferentes perspectivas sobre o tema podem ser identificadas (FARO; PEREIRA, 2013). A primeira abordagem a inserir o estresse como conceito relativo à saúde e adaptação humana foi a perspectiva baseada na resposta fisiológica do organismo, representada pelo trabalho de Hans Selye. Em seguida, principalmente encabeçada por psicólogos behavioristas, outra linha de pesquisa ressaltou a importância das características dos estímulos ambientais como determinantes dos problemas adaptativos decorrentes do estresse, ficando conhecida como perspectiva baseada no estímulo. Por último, identifica-se a perspectiva cognitiva, uma linha de estudos que considera o estresse psicológico produto da interação entre a pessoa e o ambiente, mediada por processos cognitivos e levando em consideração tanto os estímulos ambientais quanto as repostas do organismo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1990). Os principais expoentes da vertente cognitiva foram Richard S. Lazarus e seu grupo de colaboradores que desenvolveram a teoria transacional de estresse e coping, que será apresentada adiante.

Dada a relevância dos estudos sobre estresse, os mais variados problemas de saúde física e mental já foram alvo de investigação de pesquisadores da área (STRAUB, 2014). Na presente pesquisa, o estresse psicológico foi investigado em relação aos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS).

Poucas pesquisas utilizando a teoria transacional de estresse e coping para investigar fenômenos relacionados ao uso problemático de drogas foram identificadas na literatura especializada. Não obstante, nos estudos identificados (FOLKMAN; BERNSTEIN; LAZARUS, 1987; HUFFINE; FOLKMAN; LAZARUS, 1989), foram constatadas evidências de que o modelo é apropriado para aprofundar o conhecimento sobre a influência do estresse nos TUS. Destarte, nenhuma pesquisa utilizou-se deste aporte teórico para estudar o papel do estresse interpessoal na recaída durante o curso ou após o tratamento para TUS. Para Dunkel-Schetter, Folkman e Lazarus (1987), eventos estressantes envolvem complexos processos interpessoais. Além disso, a população de usuários com problemas clínicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPA) não foi observada nestas pesquisas. Isto faz do tema desta dissertação uma relevante e quiçá inédita contribuição para o campo científico.

De acordo com o relatório anual sobre drogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC, 2015),

aproximadamente 5,2% da população mundial (246 milhões de pessoas) entre 15 e 64 anos de idade usava algum tipo de droga ilícita no ano de 2013. Destes, 27 milhões sofrem com problemas relacionados ao abuso destas substâncias. O uso problemático de drogas é considerado um complexo problema social e de saúde pública, com elevado custo para a sociedade. Por isso, são despendidos grandes esforços para a sua prevenção e tratamento. Os TUS são caracterizados por padrões cognitivos, comportamentais e fisiológicos patológicos direcionados à busca e consumo de substâncias que provocam prejuízos funcionais na vida da pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1994). Na dependência química, é observado que a interrupção do consumo da substância acarreta uma série de sintomas físicos e psicológicos desconfortáveis, conhecidos como síndrome de abstinência. Os sintomas da abstinência variam de forma dependendo da substância e da pessoa. Também se observa que, após a interrupção do uso, a maioria das pessoas têm recaídas ao uso das drogas.

A recaída é retorno ao consumo problemático da substância após tratamento ou tentativa de parar ou reduzir o consumo por conta própria, e ela é um dos maiores desafios para o tratamento dos TUS (WITKIEWITZ; MARLATT, 2007). Para Marlatt e colaboradores (WITKIEWITZ; MARLATT, 2007; MARLATT; DONOVAN, 2009; HENDERSHOT; WITKIEWITZ; GEORGE; MARLATT, 2011), a recaída é um processo dinâmico que se define pela reinstalação do padrão problemático de uso de substâncias após um período de abstinência. Ao episódio inicial de consumo de drogas, que pode levar a uma completa recaída ou ao retorno à abstinência (ou meta de redução de danos), chama-se lapso.

A dinâmica da recaída abrange a interação complexa entre fatores de risco, entre os quais o estresse é destacado em várias pesquisas (WITKIEWITZ; MARLATT, 2007; MARLATT; DONOVAN, 2009; HIGLEY, 2011; SINHA, 2011; WITKIEWITZ, 2011; BORNOVALOVA, 2012; STEINBERG, 2012). O convívio interpessoal cotidiano é cenário de diversas experiências estressantes e, apesar de diferentes autores investigarem o papel do estresse na dinâmica da recaída, poucos estudos abordam o estresse interpessoal.

Kato (2013) define estresse interpessoal como o resultado de eventos entre duas ou mais pessoas que envolvem brigas, discussões, comportamentos e atitudes negativas, clima de desconforto e preocupação por ter magoado ou ferido os sentimentos do outro. Esses eventos são considerados os estressores cotidianos mais comuns, eles têm maior impacto sobre o bem-estar individual que outros tipos de estressores e são associados a problemas de saúde (HASHIMOTO; MOJAVERIAN; KIM, 2012).

No contexto dos TUS, a revisão de literatura de Leyro, Zvolensky e Bernstein (2010) aponta que o estresse interpessoal é frequentemente experimentado por pessoas que tentam

reduzir ou cessar o uso problemático de substâncias. Neste sentido, Lejuez et al. (2008) avaliaram 182 pacientes dependentes de heroína e/ou crack/cocaína (67% homens, com idade média de 42,2 anos) e concluíram que a ansiedade social, avaliada pela subescala social do *Anxiety Sensitivity Index*, correlacionou-se positivamente com a desistência do tratamento. Em outra pesquisa, Blalock et al (2011) apontaram o estresse proveniente de conflitos interpessoais como um agravante da dificuldade de parar de fumar durante a gravidez em uma amostra de 201 mulheres grávidas (≤ 32 semanas). As mulheres com histórico de estresse interpessoal (abuso físico e emocional na infância) apresentaram maior taxa de fumo no curso da gravidez (BLALOCK et al, 2011).

Em consonância, Ramo, Prince, Roesch e Brown (2012) entrevistaram 124 jovens de 13 a 18 anos em tratamento para abuso de substâncias que relataram experiências sociais aversivas em 41% dos casos de recaída. E, no estudo de Myers et al (2011), a pressão social foi considerada um frequente precipitante da recaída de nicotina em adolescentes de ambos os sexos provenientes de dois ensaios clínicos e duas amostras comunitárias. A pressão social indireta ou percebida (outra pessoa fumando no mesmo ambiente) e direta (oferta de cigarro) esteve presente em 67% das recaídas e, em 40% dos casos de recaída, os adolescentes haviam tido conflitos interpessoais recentemente (MYERS et al, 2011).

Assim, na literatura especializada sobre recaída, duas categorias gerais de eventos estressantes interpessoais podem ser apontadas: os *conflitos interpessoais* e a *pressão social* (RIGOTTO; GOMES, 2002; MARLATT; DONOVAN, 2009). As definições dos termos *conflitos interpessoais* e *pressão social* utilizadas no presente estudo podem beneficiar-se do conceito de *problema* encontrado em D’Zurilla e Nezu (2010). Para estes autores, um problema é caracterizado pela percepção de uma demanda situacional que não pode ser resolvida imediatamente com os recursos pessoais e/ou sociais disponíveis. Assim, *conflitos interpessoais* envolvem eventos aversivos que não têm solução aparente, provenientes de uma única situação ou de uma série interações sociais. E a *pressão social* (para o consumo de drogas) ocorre em situações de interação social, positivas ou aversivas, em que há estímulos para o uso de drogas que não podem ser enfrentados com os recursos imediatamente disponíveis. Ambos os termos serão utilizados para designar fontes de estresse de natureza interpessoal que influenciam a recaída ao uso de drogas.

As definições apresentadas acima estão intimamente relacionadas à teoria transacional de estresse. Lazarus e Folkman (1984) definem estresse como um processo dinâmico e recíproco entre pessoa e ambiente quando uma demanda situacional externa ou interna é avaliada como sobrecarregando ou excedendo os recursos imediatos de enfrentamento. Dois

conceitos definem os processos responsáveis por mediar a relação pessoa-ambiente e possuem papel chave para compreender o modelo transacional de estresse. O primeiro conceito, a *avaliação cognitiva*, determina porque e em que extensão uma situação é estressante para cada pessoa. Os eventos avaliados como ameaça ao bem-estar são percebidos como estressantes e geralmente acompanhados de emoções negativas. Já o segundo conceito, chamado de coping, é identificado como as estratégias utilizadas para lidar com o evento estressante e/ou as emoções derivadas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A situação estressora é constantemente reavaliada considerando-se as mudanças dinâmicas externas e internas geradas pelos resultados das estratégias de coping ou por mudanças aleatórias que ocorrem no ambiente. Essas mudanças constantes na relação pessoa-ambiente são chamadas transações (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1999; STRAUB, 2014). Depreende-se a partir daí que a característica dinâmica do modelo transacional de estresse e coping é fundamental para capturar as nuances do processo de recaída relacionado ao estresse interpessoal.

A literatura corrobora a influência do estresse interpessoal no processo de recaída, compreendendo o estresse interpessoal como o resultado da transação entre o indivíduo com seus recursos de coping e os eventos estressores com uma ou mais pessoas (RIGOTTO; GOMES, 2002; MARLATT; DONOVAN, 2009; LEYRO; ZVOLENSKY; BERNSTEIN, 2010; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; STRAUB, 2014). Os estudos analisados sugerem que os conflitos interpessoais e a pressão social são vivenciados frequentemente por pessoas com TUS e que são demandas estressoras que influenciam a ocorrência de recaídas. Outros autores (HUNTER-REEL; MCCRADY; HILDEBRANDT, 2009) já destacaram a necessidade de estudos que enfatizem o papel das relações interpessoais na dinâmica de recaída. Contudo, após uma cuidadosa revisão da literatura especializada, não foram encontradas proposições teóricas ou explicativas para este fenômeno nos estudos de casos clínicos pela perspectiva transacional de estresse e coping.

A teoria transacional de estresse e coping tem potencial teórico abrangente para explorar hipóteses sobre a dinâmica da recaída que ocorre sob a influência do estresse interpessoal. Por isso, acredita-se que a análise de situações de estresse interpessoal vivenciado por pessoas que tentam reduzir ou cessar o uso de drogas pode inspirar hipóteses explicativas sobre porque e como esse fenômeno ocorre. Com o objetivo de compreender a dinâmica do estresse interpessoal em situações de recaída vivenciadas por pessoas com TUS, utilizou-se o modelo transacional de estresse e coping. Para alcançar tal objetivo, foram realizados os objetivos específicos de: descrever situações de estresse interpessoal vivenciados pelos participantes; identificar os conteúdos de avaliação primária, secundária e

reavaliação cognitiva elaborada pelos participantes em situações de estresse interpessoal; identificar as estratégias de coping utilizadas pelos participantes para lidar com o estresse interpessoal; e avaliar se os esforços de coping despendidos pelos participantes foram eficazes em manejar o estresse, e sua relação com a recaída. Neste intento, elaborou-se uma pesquisa qualitativa para abordar o tema de forma aprofundada a partir de estudos de casos múltiplos.

3 TEORIA TRANSACIONAL DE ESTRESSE E COPING

O modelo transacional de estresse e coping enfatiza a interação entre o indivíduo e o ambiente no curso de eventos estressantes. Diferencia-se de outras abordagens sobre estresse que enfatizam variáveis ambientais, respostas fisiológicas ou traços de personalidade como determinantes do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1990; ANTONIAZZI; DEL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SERRA, 1988; FARO; PEREIRA, 2013). O estresse, então, não é definido como uma característica isolada do estímulo ambiental ou de respostas fisiológicas, mas como processo transacional entre pessoa e ambiente. Nesta transação, estão envolvidos os fatores ambientais e situacionais, características pessoais, a mediação de processos cognitivos e a resposta emocional, comportamental e fisiológica da pessoa. Além disso, o evento estressor é reavaliado constantemente, a partir das mudanças internas e externas ao indivíduo, caracterizando um sistema de *feedback* (SERRA, 1988; LYON, 2012).

Na teoria transacional, estresse psicológico é definido como a interação entre o indivíduo e demandas internas ou externas que são avaliadas como excessivas ou que sobrecarregam os recursos de enfrentamento imediatamente disponíveis. Eventos estressores podem ser avaliados como ameaça, dano ou desafio e desencadeiam respostas emocionais e estratégias de coping que são utilizadas para lidar com as demandas estressantes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Em suma, sob este prisma teórico, estresse, emoção e coping são vistos como processos interdependentes que são separados apenas para fins didáticos (LAZARUS, 1999).

Para Lazarus (1999), o foco em estudar a mediação cognitiva (avaliação cognitiva) justifica-se pela sua relação proximal com o que de fato a pessoa sente e faz quando está sob estresse psicológico. Proximal refere-se ao que está em jogo para o indivíduo no momento que ocorre um dado evento, ou seja, qual é a importância do que está acontecendo para o próprio bem-estar ou de pessoas queridas. Em contraste aos fatores proximais, representados pelo ambiente psicológico no momento do evento estressante, existem os fatores distais, que são responsáveis por certa regularidade nos fenômenos. Alguns exemplos de fatores distais são: gênero, idade, classe social, cor da pele, traços de personalidade etc. Estas variáveis, porém, não são capazes de prever ou explicar as diferentes reações que pessoas com características similares têm ao mesmo evento, nem as diferentes reações que a mesma pessoa pode ter a eventos parecidos (LAZARUS, 1999). Em síntese, temos que investigar e compreender a interação dos fatores proximais (mediação cognitiva, emoção e coping) em

relação às variáveis contextuais para explicar o fenômeno do estresse psicológico e seu papel na adaptação humana.

Apesar das diferenças individuais na experiência de estresse, existem os estressores ditos universais. São situações extremas em que todos ou quase todos os indivíduos adoeceriam, como em desastres naturais, guerras ou doenças debilitantes. Em situações mais ordinárias, cotidianas, existe ampla variação nas respostas de adoecimento físico ou mental frente ao mesmo estímulo ambiental de indivíduo para indivíduo. Ao mesmo tempo, há certa estabilidade na forma como cada um responde a diferentes eventos. Logo, não podemos definir estresse em termos de condições ambientais sem fazer referências às características dos indivíduos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A avaliação cognitiva e o coping são processos mediadores críticos da relação entre indivíduo e ambiente, mas não suficientes para ir além da mera descrição de componentes cognitivos e comportamentais (LAZARUS, 1999). Os conceitos precisam ser enquadrados dentro de um amplo contexto que considere fatores situacionais e precedentes. A noção de vulnerabilidade traz importante contribuição para compreender a importância da transação entre fatores pessoais e situacionais na determinação das respostas de estresse.

Em termos psicológicos, vulnerabilidade é produto da relação entre os valores e compromissos individuais e os seus recursos para lidar com ameaças a esses valores e compromissos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Mesmo para as doenças orgânicas, como infecções virais ou bacterianas, não há uma causa única para o adoecimento, conforme pregava a visão médica tradicional baseada no conceito de doença e agente etiológico que emergiu no século XIX. É necessária a interação entre os agentes nocivos presentes no ambiente com a vulnerabilidade da pessoa exposta para que a doença se desenvolva. Podem ser considerados ainda outros fatores distais e proximais para cada encontro entre indivíduo e ambiente. Ampliando a análise para as questões sociais, por exemplo, uma pessoa que mora em bairro economicamente subdesenvolvido, com condições precárias de saneamento (fatores ambientais), dieta alimentar pobre em nutrientes e constantemente ameaçado por preocupações econômicas, com poucas oportunidades de desenvolvimento pessoal (fatores pessoais), está em condição de vulnerabilidade social e econômica (distal) para contrair doenças infecciosas, quando comparada a outro sujeito que desfruta de boas condições ambientais, alimentação rica em nutrientes, e oportunidades de prazer e ascensão pessoal.

No que diz respeito à vulnerabilidade psicológica, contudo, fatores pessoais como o comprometimento, valores e crenças são determinantes se o evento é percebido como importante para o bem-estar. Quanto mais comprometimento com a situação, e menor a

disposição de recursos para “defender” o objeto do compromisso, maior será a vulnerabilidade do indivíduo para sentir estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 1999).

3.1 Avaliação Cognitiva

A organização do conceito de avaliação cognitiva feita por Lazarus no texto *Psychological Stress and the Coping Process* de 1966 foi motivada pela observação de diferenças individuais nas respostas de enfrentamento apresentadas por diferentes pessoas ou grupos frente a demandas ou pressões ambientais semelhantes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Estudar a mediação cognitiva interveniente ao encontro com o estímulo estressor, a resposta de enfrentamento e os fatores que afetam a natureza desse processo passaram a ter um papel de destaque na sua teoria de estresse e coping. Consequentemente, para compreender as diferenças individuais nas respostas de estresse é preciso observar a “situação psicológica”, os significados atribuídos pela pessoa ao evento, decorrentes da interação de fatores pessoais e situacionais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A capacidade simbólica de distinguir eventos – perigosos, prejudiciais, desafiadores, encorajadores, neutros etc. – é o componente evolutivo que permitiu o desenvolvimento da capacidade de avaliação cognitiva. Outras espécies de seres vivos possuem seus mecanismos de sobrevivência que soam alertas frente ao perigo. O desenvolvimento neurológico do cérebro humano permitiu o complexo sistema de percepção e avaliações cognitivas que ativam tal alarme.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), os processos de avaliação cognitiva que são mediadores da relação indivíduo-ambiente passam por três etapas interdependentes: avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação. A avaliação cognitiva molda a forma como a pessoa percebe o evento e como reagirá a ele. É o processo de categorização de um evento, em seus múltiplos aspectos, no que se refere ao significado dele em relação ao bem-estar da pessoa e o que pode ser feito para lidar com a situação. Trata-se de um processo contínuo ao longo da vida e focado na atribuição avaliativa de significados ou sentidos aos eventos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O primeiro estágio, ou *avaliação primária*, é quando o indivíduo confronta as demandas ambientais com os valores e crenças pessoais e avalia se o evento é ou não uma ameaça para o equilíbrio e bem-estar individual (Qual o significado desse evento? Ele afeta o meu bem-estar?). A pessoa avalia as demandas e pressões da situação e os seus recursos pessoais e sociais imediatos de coping; se as demandas sobrecarregam ou superam os

recursos, a situação é vista como estressante. Três classes de situações estressoras são elencadas: (a) uma potencial *ameaça* de dano ou perda, (b) um *dano* ou perda já ocorreu, e (c) representa um *desafio* que pode gerar benefícios e ganhos quando superado (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Diversos fatores influenciam a percepção do problema, entre eles: número e complexidade; valores pessoais; compromissos e metas; avaliação dos recursos disponíveis; situação desconhecida; autoestima; suporte social; habilidades de enfrentamento (recursos de coping); constrangimento; grau de dúvida e ambiguidade; intensidade e duração do problema; proximidade (no tempo e espaço); percepção de controle sobre o problema etc. O processo de avaliação irá determinar as respostas emocionais e comportamentais. Em geral, classificações de ameaça e dano estão vinculadas a estados emocionais negativos e respostas desadaptativas, enquanto avaliações de desafio são relacionadas a uma melhor adaptação e emoções positivas.

Um evento que preserva ou incrementa o bem-estar, ou mesmo dá esperanças de que isso ocorra, é classificado como benigno-positivo. A principal característica dessa classificação é que ela vem acompanhada de emoções positivas como animação, diversão, amor, tranquilidade, esperança etc. Contudo, dificilmente um evento é exclusivamente benigno-positivo. Em geral, pode ser acompanhado de emoções negativas como ansiedade e culpa, em outras palavras, um evento pode ser avaliado como benigno e estressante concomitantemente. No caso da avaliação neutra, ou seja, o evento não traz nenhuma possibilidade de causar prejuízo, perda ou ganho, não há preocupação ou esforço para manejar os resultados do encontro e não mobiliza afeto (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Na *avaliação secundária*, são analisados os recursos de enfrentamento e uma resposta de coping para a situação estressante. Para Lazarus e Folkman (1984), a avaliação secundária é um processo fundamental para os resultados de todos os eventos estressantes. Isso se dá porque a resposta do indivíduo ao evento é moldada pela avaliação secundária. Mais do que uma simples lista de opções, neste processo corre uma série de avaliações cognitivas com o intuito de: identificar quais os seus recursos para lidar com a situação; qual seu controle sobre ela; quais os possíveis resultados de cada estratégia; e quais as chances de uma estratégia ser utilizada com êxito.

Durante a avaliação secundária o indivíduo pondera quais as formas de lidar com o evento estressante e avalia se ele dispõe dos recursos necessários ou dos meios para obtê-los. Os recursos de coping são impossíveis de serem compilados em um único texto. Podem ser recursos pessoais, ambientais, materiais ou sociais. Lazarus e Folkman (1984) elencam que alguns dos mais importantes recursos de coping são: saúde e energia; crenças positivas;

habilidades de solução de problemas; habilidades sociais; suporte social; e recursos materiais. Em algumas situações, podem haver restrições ao uso de um ou mais recursos por motivos pessoais ou ambientais.

Na etapa de avaliação secundária, o controle percebido sobre a demanda estressora é de fundamental importância para moldar a resposta emocional, comportamental e fisiológica (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; SERRA, 1988). A interação entre avaliação primária e secundária dá forma, também, à resposta emocional da pessoa ao evento estressante. Por exemplo, a avaliação de desafio (um evento estressante que pode ser superado e trazer benefícios) tende a trazer emoções positivas e excitação, enquanto a avaliação de perda acompanhada de desesperança sobre a capacidade de manejar o evento traz emoções negativas, como a depressão.

A avaliação dos eventos muda ao passo que ocorrem mudanças ambientais ou mesmo mudanças de percepção interna, em processo de *feedback* chamado de *reavaliação*. Assim, um desafio pode se tornar um problema se algo ocorrer no ambiente ou se a pessoa se der conta de que havia avaliado erroneamente a situação e vice-versa (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A reavaliação é virtualmente idêntica à avaliação primária e secundária, apenas se diferencia por ser antecedida por uma avaliação anterior. Além de fazer parte da dinâmica transacional, a reavaliação cognitiva pode ser utilizada como uma estratégia de coping emocional, conforme veremos a seguir.

3.2 Estratégias de Coping

Segundo Folkman (2011), coping é um processo dinâmico, moldado pelas variáveis situacionais e recursos pessoais, no qual a pessoa busca ativamente manejar uma situação problemática e/ou uma emoção negativa resultante. Coping pode ser definido como esforços contínuos de mudanças cognitivas, fisiológicas, motivacionais, emocionais e/ou comportamentais para lidar com demandas internas ou externas em situações específicas que foram avaliadas como custosas ou excedendo o limiar dos recursos pessoais e sociais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Essa definição traz características importantes: primeiro, o coping é orientado para o processo. Assim, diferente de traços de personalidade que são estáveis, o coping é circunscrito a uma situação específica e varia na mesma pessoa dependendo das características situacionais e das avaliações cognitivas momentâneas. Segundo, que o coping não resolve o problema ou reduz o estresse obrigatoriamente. A ação não visa ao domínio, mas ao manejo

da situação estressora ou da emoção, e mesmo que não seja eficaz, ainda é coping. O terceiro ponto considerado é que não existe um padrão universal hegemônico de qualificação para o coping. Deve ser avaliado individualmente para cada situação e pessoa. O quarto e último ponto destacado é a intencionalidade. Ou seja, só é considerado coping esforços direcionados intencionalmente para a adaptação à situação. Portanto, reações automáticas (reflexos fisiológicos ou condicionados) não são *coping*. Apesar da intencionalidade das estratégias de coping, Lazarus e Folkman (1984; LAZARUS, 2000) reconhecem diferentes profundidades do nível de consciência dos processos de avaliação primária e secundária, que podem ser inconscientes no momento da ação.

Portanto, coping é compreendido como um processo: as *estratégias de coping* são aquilo que a pessoa de fato pensou e fez em um evento específico para manejar estresse. Os *resultados de coping* são as mudanças no ambiente e na própria pessoa que o comportamento de coping operou. Sendo situacionais, não se tratam de características duradouras ou traços de personalidade. Nesse sentido, é importante diferenciar coping dos comportamentos adaptativos “automatizados” que utilizamos cotidianamente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Por exemplo, se uma pessoa está acostumada a beber álcool no fim de semana para amenizar as emoções negativas dos problemas cotidianos, o consumo não pode ser considerado como coping. Porém, se após uma discussão estressante o indivíduo resolver beber para não pensar naquela situação específica que sobrecarregou a sua capacidade individual de enfrentamento, podemos falar em coping. Ou seja, para caracterizar o coping é necessário que uma demanda mobilize a pessoa em busca de recursos não disponíveis de imediato para manejar a fonte de estresse, que não pode ser resolvida automaticamente usando uma estratégia corriqueira.

Além disso, dependendo do contexto específico, o coping assume diferentes funções: as funções podem variar grandemente, contudo, duas funções gerais são observadas em todos os contextos. A função do coping pode ser agir diretamente sobre a fonte do problema para modificá-la ou agir sobre a regulação da resposta emocional ao problema. A primeira função, o *coping focado no problema*, é típica de situações em que a ameaça, prejuízo ou desafio é visto como manejável. Já a segunda, o *coping focado na emoção*, ocorre quando o problema é visto como insuperável ou excessivamente custoso. As duas principais funções das estratégias de coping descritas por Folkman e Lazarus (1984) ocorrem concomitantemente na maioria das situações. Dito de outra forma, o coping focado na emoção e o coping focado no problema são, geralmente, utilizados para lidar com todos os eventos estressores de forma complementar e interativa (FOLKMAN; LAZARUS 1980; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986). Para

Folkman e Lazarus (1984), é importante ter em mente que existem múltiplas funções para incontáveis tipos de coping, porém as duas funções gerais (emoção-problema) são úteis às avaliações das estratégias de coping.

As estratégias de coping podem ter resultados adaptativos ou desadaptativos, sendo respectivamente classificadas como coping positivo e coping negativo (STRAUB, 2014). Na avaliação das estratégias de coping, por conta do caráter contextual, Lazarus e Folkman afirmam que é importante compreender “se algum padrão de coping é mais útil do que outros para determinada população, para certos tipos de estresse psicológico, em determinados momentos e sobre certas condições conhecidas” (1984, p. 147).

O Inventário de Estratégias de Coping (*Ways of Coping Checklist*) foi desenvolvido e aprimorado por Lazarus e colaboradores (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986) como um instrumento apropriado para avaliar uma ampla gama de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas para lidar com eventos estressantes. O inventário chegou à versão com 66 itens com respostas em escala Likert de quatro pontos (FOLKMAN; LAZARUS, 1985) e teve sua estrutura fatorial aprimorada para a classificação de oito fatores baseados no modelo transacional de estresse e divididos entre coping focado no problema e coping focado na emoção (FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986). Esta versão foi traduzida e adaptada para o português brasileiro por Savóia, Santana e Mejias (1996) e manteve a mesma estrutura fatorial com poucas mudanças nos itens de cada fator. A versão de Savóia, Santana e Mejias foi escolhida para o presente estudo por já estar traduzida e adaptada para a população brasileira.

Cada fator do inventário representa um tipo de estratégia de coping coerente com as formulações teóricas e suportados por evidências sobre como as pessoas de fato enfrentam estresse, conforme é apresentado abaixo.

Confronto – caracteriza-se por estratégias que envolvem agressividade, hostilidade e riscos assumidos para alterar a situação estressante. Os itens inclusos neste fator são: “Descontei minha raiva em outra pessoa”; “Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema”; “Procurei fugir das pessoas em geral”; “Enfrentei como um grande desafio; fiz algo muito arriscado”; “Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias”; “De alguma forma extravasei meus sentimentos”.

Afastamento – são esforços feitos para desligar-se (emocional ou cognitivamente) do problema ou criar um panorama positivo da situação. Os itens incluídos neste fator são: “Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação”; “Fiz como se nada

tivesse acontecido”; “Minimizei a situação, me recusando a preocupar-me seriamente com ela”; “Procurei esquecer a situação desagradável”; “Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa”; “Dormi mais do que o normal”; “Tentei não fazer nada que fosse irreversível”.

Autocontrole – estas estratégias se caracterizam por esforços para controlar os próprios sentimentos e ações durante o curso do evento estressante. Seus itens são: “Procurei encontrar o lado bom da situação”; “Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos”; “Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação”; “Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo”; “Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso”.

Suporte Social – descreve esforços para buscar, junto a outras pessoas, ajuda tangível para lidar com o problema, informação sobre como manejá-lo ou apoio emocional. Inclui os itens: “Procurei um amigo para pedir conselhos”; “Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema”; “Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas”; “Procurei ajuda profissional”.

Aceitação de Responsabilidade – Caracteriza-se pelo reconhecimento do próprio papel no problema e a tentativa de “consertar as coisas”. Possui os seguintes itens: “Prometi para mim mesmo que as coisas seriam diferentes na próxima vez”; “Me critiquei, me repreendi”; “Encontrei algumas soluções diferentes para o problema”; “Compreendi que o problema foi causado por mim”; “Busquei nas experiências passadas uma situação similar”; “Desculpei ou fiz algo para repor os danos”; “Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer”.

Fuga-esquiva – Descreve desejos ou atos para escapar ou fugir da situação. É representado pelos seguintes dois itens: “Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”; “Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam”.

Resolução de Problemas – caracteriza-se por esforços deliberadamente focados em alterar a situação, associados a uma análise da situação para maximizar a capacidade de resolver os problemas. Possui os seguintes itens no inventário: “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário”; “Fiz um plano de ação e o segui”; “Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria”; “Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo”.

Reavaliação Positiva – são estratégias que envolvem o esforço para dar um significado diferente para a situação, concentrando-se no crescimento pessoal ou na espiritualidade/religiosidade. É representada pelos itens: “Redescobri o que é importante na

vida”; “Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma”; “Rezei”; “Saí da experiência melhor do que esperava”; “Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final”; “Me inspirou a fazer algo criativo”; “Encontrei novas crenças”; “Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo”; “Mudei, ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”.

De acordo com Pais-Ribeiro e Santos (2001), que realizaram a adaptação do Inventário de Estratégias de Coping para população portuguesa, os fatores dividem-se em estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção, conforme preconizado na teoria. Os fatores reavaliação positiva, afastamento e fuga-esquiva foram considerados coping focado na emoção; e os fatores suporte social, resolução de problemas, autocontrole, confronto e aceitação de responsabilidade são descritos como coping focado no problema. Contudo, conforme os achados de Lazarus e colaboradores (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986), as pessoas costumam utilizar ambas as formas de coping para lidar com virtualmente todas as situações estressantes. Aliás, a estrutura fatorial e os fatores considerados coping focado no problema e focado na emoção apresentam variações entre um estudo e outro devido às diferenças entre participantes e de contexto social, cognitivo e cultural.

De fato, no estudo de Skinner et al. (2003), onde analisaram as estruturas categóricas de coping disponíveis na literatura e as provas estatísticas utilizadas para suas construções, concluiu-se que as classificações mais comuns (incluindo coping focado no problema vs. focado na emoção) não são representações acuradas da realidade. Em troca, os autores recomendam sistemas de classificações que representem a hierarquia de tipos de ações (cognitivas ou comportamentais) utilizadas para lidar com eventos estressantes. Desta forma, torna-se mais útil analisarem-se as respostas do Inventário de Estratégias de Coping nos termos das ações descritas nos itens e “famílias” de estratégias, representadas pelos fatores, do que buscar distinções entre estratégias focadas no problema ou focadas na emoção. Todavia, seguindo as recomendações de Lazarus e colaboradores, mantiveram-se em perspectiva as duas funções de coping focado no problema e coping focado na emoção para manter a fidelidade ao modelo teórico.

A figura abaixo traz uma representação esquemática do modelo transacional de estresse e coping adaptada de Antoniazzi, Del’Aglio e Bandeira (1998).

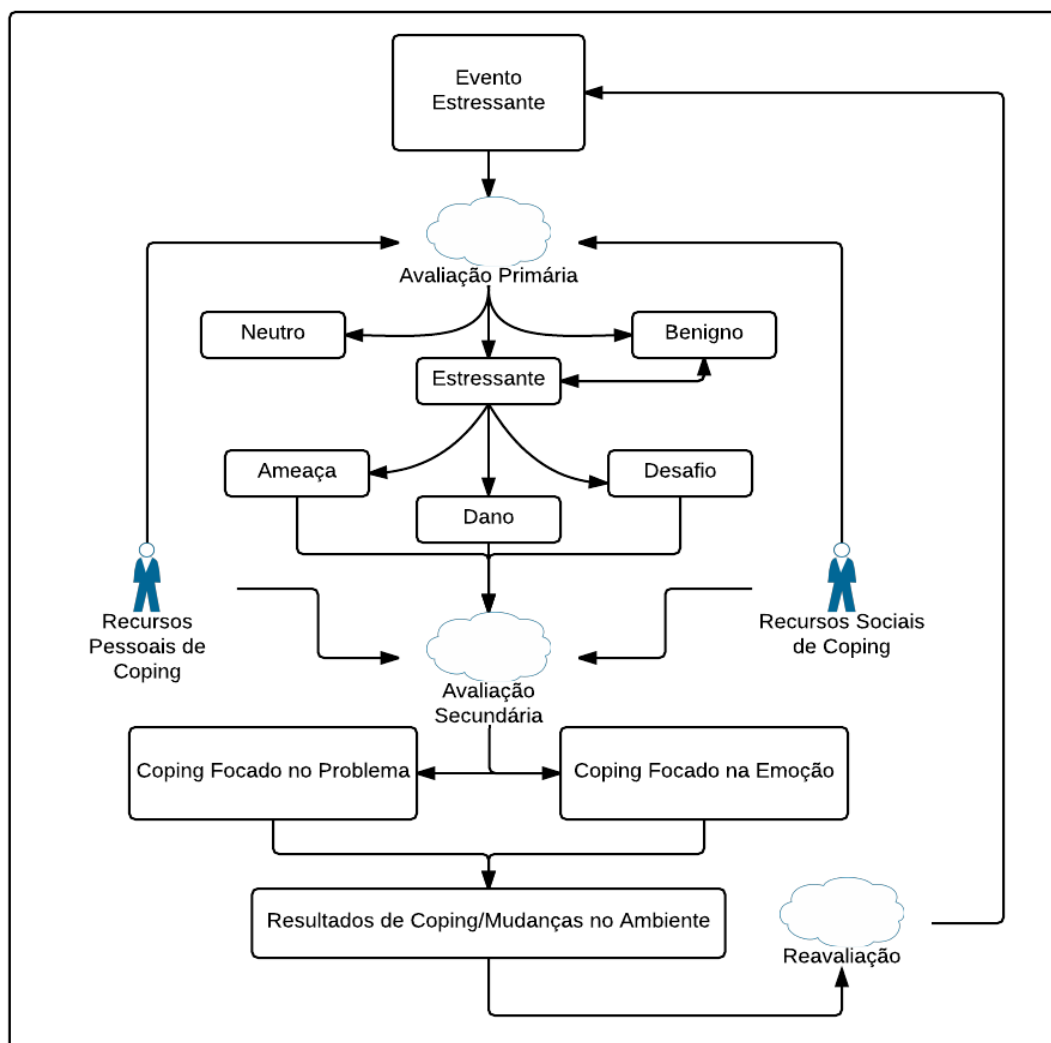


Figura 1- Modelo Transacional de Estresse e Coping de Lazarus

3.2 Estresse Interpessoal, Coping, TUS e Recaída

Analisando-se a literatura revista através da ótica do modelo transacional de estresse e coping, pode-se encontrar pelo menos duas formas pelas quais o uso de substâncias relaciona-se com o estresse e coping. Primeiro, as substâncias podem ser utilizadas como forma de aliviar o sofrimento emocional provocado pelo estresse psicológico. Nesse caso, o consumo seria coping focado na emoção que tende a produzir resultados negativos para a pessoa. De acordo com Brown et al. (2005), os recursos pessoais para manejar os sintomas da síndrome de abstinência e emoções negativas estão relacionados inversamente à recaída, ou seja, quanto mais recursos para manejar eventos estressantes menos episódios de recaída ocorrem. Em outra pesquisa, Lejuez et al (2008) identificaram que a sensibilidade à ansiedade foi maior em

usuários de crack/cocaína e heroína que desistiram do tratamento no início de um programa de internação. De forma semelhante, os achados de Macpherson, Stipelman, Duplinsky, Brown e Lejuez (2008) indicaram que tabagistas que atendem ao chamado para participar de um programa de tratamento, mas abandonam a iniciativa antes da primeira sessão, têm baixa tolerância ao estresse psicológico (mulheres) e ao estresse físico (homens).

Outros estudos testaram a hipótese que a recaída pode ser uma estratégia de coping emocional focada no reforço negativo de emoções desagradáveis (BROWN et al., 2008; JOHNSON et al., 2008; MARSHALL et al., 2008). Brown et al. (2008) investigaram fatores moderadores que podem influenciar a recaída precoce. Os autores concluíram que a presença de emoções negativas juntamente com a incapacidade em manejar o estresse provocado pela abstinência são fatores precipitantes da recaída. No estudo de Johnson et al. (2008) com adultos tabagistas, a motivação para fumar baseada na expectativa de redução de emoções negativas (reforço negativo) foi acompanhada de maior chance para recaída. Em outra pesquisa, Marshall et al. (2008) analisaram diferenças entre fumantes com e sem transtornos de ansiedade. O grupo com quadro clínico de ansiedade foi mais propenso a usar nicotina para reduzir emoções negativas, indicando que a redução dos recursos de coping dos indivíduos para lidar com os sintomas físicos e emocionais desagradáveis provocados pela síndrome de abstinência aumenta a chance de recaída. O uso de estratégias de coping emocional também foi relacionado com a recaída em uma amostra de 300 fumantes que enfrentavam os sintomas físicos e emocionais da abstinência (SIROTA et al., 2010).

A segunda forma de relação entre estresse e coping e uso de substâncias é o consumo resultante de um coping ineficaz para manejar uma demanda estressora. É o caso, por exemplo, da pessoa que cede a pressão do grupo social para usar drogas devido a sua incapacidade social em recusar ou discordar dos amigos. Logo, a falta de recursos de coping social (por exemplo: habilidades sociais) leva à percepção de estresse e ao uso de substâncias. Pesquisas demonstraram que jovens são mais propensos a ceder ao uso de drogas quando pressionados pelo grupo social (MYERS et al., 2011; RAMO; PRINCE; ROESCH; BROWN, 2012).

Deve-se ter em mente que, devido à natureza processual do coping, em uma única situação, o uso de substâncias pode assumir duas ou mais funções. Por exemplo, se o estresse interpessoal leva o indivíduo a usar drogas para aliviar sentimentos negativos, ele estaria utilizando a substância como parte de uma estratégia de coping emocional. Porém, se após a primeira dose, sofrer pressão social para que continue a consumir, a função pode mudar. A

pressão social passaria a produzir estresse e o coping ineficaz para negociar com o grupo geraria o resultado de continuar usando a substância.

Na pesquisa de Folkman, Bernstein e Lazarus (1987), que avaliou o uso problemático de drogas prescritas (psicoativas e não psicoativas) em uma amostra de 141 idosos de ambos os sexos com idades entre 65 e 74 anos, o uso problemático foi associado a mudanças no estado emocional dos participantes no momento de maior intensidade de um evento estressante. Uso problemático ou disfuncional foi considerado, na pesquisa, como qualquer padrão de uso ou interação de substâncias que diferisse das prescrições médicas. Contudo, a avaliação primária e secundária e as estratégias de coping não tiveram relação com o padrão de uso dos fármacos e bebidas alcóolicas. As pessoas que apresentaram uso disfuncional das substâncias relataram aborrecimentos mais intensos, emoções negativas de ameaça (preocupação e medo) durante a fase mais estressante do evento e as situações foram avaliadas como mais difíceis quando comparadas às avaliações do grupo sem uso disfuncional. Além disso, as pessoas do primeiro grupo tenderam a perceber como menos satisfatória sua própria capacidade de manejar eventos estressantes. Os autores sugerem que as relações encontradas entre uso problemático de drogas e dificuldades adaptativas possuem causalidade recíproca e complexa, envolvendo amplos fatores relativos a variáveis pessoais e socioculturais.

Em outra pesquisa publicada por Lazarus e colaboradores (HUFFINE; FOLKMAN; LAZARUS, 1989), idosos usuários de drogas psicoativas apresentaram déficits sociais quando comparados a usuários de fármacos não psicoativos. Na amostra de 141 idosos de 65 a 74 anos de idade, o uso de medicamentos psicoativos não interferiu na capacidade de manejar estresse, o uso foi inclusive elencado como um recurso útil de coping. Grande parte da amostra (85%) disse usar medicamentos psicoativos prescritos para sentirem-se melhores no meio de um evento estressante, e 12% dos pesquisados disseram usar álcool para a mesma finalidade.

Huffine, Folkman, Lazarus (1989) acreditam que esta percepção é associada à prevalência da busca do bem-estar momentâneo, com a redução do estresse, à revelia do bem-estar de longo prazo. O uso parece reduzir o estresse psicológico durante uma fase difícil do encontro estressante. Em outra publicação, Lazarus e Folkman (1984) já explicaram como uma estratégia de coping focada na emoção (como usar uma droga psicoativa para reduzir a ansiedade momentaneamente) pode facilitar o uso de outra estratégia focada no problema, que tente a ter resultados mais positivos. Por outro lado, foi observado que estratégias focadas na

emoção tendem a serem mais frequentes após a falha em utilizar uma estratégia focada no problema (ROTHBAUM; WEISZ; SNYDER'S, 1980; TENNEN et al., 2000).

Conforme os autores dos estudos citados acima, o processo subjacente à tendência ao uso de substância como coping focado na emoção e à presença de dificuldades no manejo de pressões sociais ou conflitos interpessoais representa vulnerabilidade para recaída. Em síntese, o estado de abstinência pode ser estressante por si mesmo e, sozinho, ou incrementado pelas emoções negativas geradas em situações estressantes do dia a dia, aciona o comportamento de busca por substâncias. Assim, desconfortável pelas situações de estresse juntamente com a inabilidade em manejá-lo de forma adequada e saudável, a pessoa com TUS se sente “em abstinência” e é impelida a buscar droga em um processo automático de menor ou maior consciência (avaliação primária) e controle cognitivo (avaliação secundária e reavaliação). De acordo com Wallace (1989), no processo de recaída frequentemente há o envolvimento de um estado emocional bastante desconfortável acompanhado de pressão social e estresse no relacionamento com familiares e pessoas amadas.

4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa exploratória de estudo de casos múltiplos. A investigação qualitativa pode ser aplicada para problemas que não são satisfatoriamente abordados pelas teorias disponíveis ou quando os métodos quantitativos não têm sensibilidade para captar nuances do problema de pesquisa (CRESWELL, 2014). Os estudos de casos foram do tipo instrumental, ou seja, foram selecionados casos representativos para ilustrar uma questão previamente formulada (CRESWELL, 2014; YIN, 2015). Segundo Gil (2002), este delineamento é recomendado quando se objetiva colaborar para a compreensão dos fenômenos estudados a partir de um modelo teórico, e é um método especialmente útil para o teste de proposições teóricas e formulação de hipóteses para serem testadas em futuras pesquisas com outros delineamentos. As principais limitações do estudo de caso são: não produzir relações de causa e efeito; ter conclusões e hipóteses parciais e não generalizáveis; e ter influência de viés do pesquisador (SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2012).

O protocolo COREQ – *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) foi utilizado para a elaboração do relatório do estudo (ANEXO A). Trata-se de um *checklist* desenvolvido para auxiliar pesquisadores qualitativos a escrever relatórios de pesquisa explícitos e abrangentes, garantindo a qualidade do relato. Portanto, o COREQ foi aplicado como *checklist* na fase de escrita do texto final para assegurar que as informações mais importantes do delineamento foram apresentadas.

Considerando-se os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade na pesquisa com seres humanos, foram observadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos contidas na resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (Parecer Nº. 1.294.396) e o foi empregado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

4.1 Local e Escolha dos Casos

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do município de Porto Velho-RO no período de outubro de 2015 a maio de 2016. A autorização para a inserção do pesquisador na instituição foi dada pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Carta de Anuência (APÊNDICE B). Participaram dos estudos de caso

quatro usuários do CAPSad, de ambos os sexos (3 homens e 1 mulher), com idades de 39, 40, 44 e 50 anos. No momento da pesquisa, todos utilizavam os serviços ambulatoriais do CAPSad para tratamento de TUS. Os critérios de seleção dos casos foram investigados a partir dos prontuários e de conversas com profissionais da equipe de referência dos usuários.

Os participantes foram selecionados por apresentarem diagnóstico de TUS registrado no prontuário, de acordo com os critérios estabelecidos na *Classificação Internacional de Doenças* – CID-10 (OMS, 1993). Os diagnósticos foram fornecidos pelos médicos da instituição, que possuíam vasta experiência no tratamento de TUS. Também foi buscado o histórico de pelo menos uma recaída no curso do tratamento, e estar atualmente gozando do convívio social, ou seja, não estar internado em instituição de tratamento, prisão ou situação análoga. Não foi privilegiada a dependência a uma substância específica, nem foi exigido que os colaboradores estivessem abstinentes na época da entrevista. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que, após análise do prontuário e discussão do caso com a equipe do CAPSad, constatou-se que não eram casos representativos do problema de pesquisa em foco. Não houve desistências, nem recusas em participar da pesquisa.

Inicialmente, seis colaboradores foram entrevistados, sendo que dois deles foram excluídos do estudo, pois a análise dos dados da entrevista apontou que não houve nenhum episódio bem definido de recaída após o início do tratamento em um caso, e não houve um período bem definido de abstinência e adesão ao tratamento no outro. Portanto, os participantes foram selecionados intencionalmente, a partir dos primeiros seis convidados que se voluntariaram. Os quatro colaboradores que apresentaram características representativas do problema de pesquisa, e não tiveram limitações pessoais que impossibilitassem a participação, configuraram os casos clínicos apresentados. Os casos analisados trouxeram informações suficientes para a consecução do objetivo do estudo, não sendo necessário retornar ao campo para coletar mais evidências. O número de casos foi considerado adequado e está de acordo com o observado na literatura (CRESWELL, 2014).

4.2 Instrumentos

De acordo com Yin (2015), o estudo de caso é uma oportunidade para coletar dados de diferentes fontes. O uso de várias fontes de dados comporta a triangulação dos dados e permite ao pesquisador observar convergências e divergências entre as informações. Este procedimento é fundamental para conferir significância aos estudos de casos (CRESWELL,

2014; YIN, 2015). Seguindo este princípio básico, o presente estudo contou com três diferentes fontes de informação, conforme listadas a seguir.

Entrevista semiestruturada (APÊNDICE C) – A entrevista, gravada em áudio com a devida permissão do participante, foi organizada pelo pesquisador em torno de três eixos principais: 1) relacionamentos interpessoais; 2) uso de substâncias; e 3) recaídas. A partir do referencial teórico do modelo transacional de estresse e coping, foram analisadas situações em que os participantes recaíram e investigada a presença de estresse interpessoal como gatilho ou consequência da recaída. Então, analisaram-se os processos de mediação cognitiva (avaliação primária, secundária e reavaliação), a natureza do ambiente e as estratégias e resultados de coping, segundo o autorrelato dos participantes. As entrevistas foram realizadas individualmente em salas de atendimento nas instalações do CAPSad. Antes da entrevista semiestruturada, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico (APÊNDICE D) também elaborado para a presente pesquisa.

Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (ANEXO B) – Para avaliação adicional das estratégias de coping foi aplicado o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus. Trata-se de um questionário amplamente utilizado em pesquisas, originalmente elaborado por Lazarus e colaboradores (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; FOLKMAN; LAZARUS, 1985; FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986) e adaptado para o Brasil por Savóia, Santana e Mejias (1996). A adaptação brasileira atende aos critérios estatísticos para pesquisas em psicologia (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996). O inventário contém 66 questões que contemplam pensamentos e comportamentos utilizados para manejar um evento estressante com respostas em escala *Likert* de quatro pontos (0 - não usei esta estratégia; 1 - usei um pouco; 2 - usei bastante; 3 - usei em grande quantidade). As respostas são direcionadas ao processo de coping em determinada situação, por isso, para a sua aplicação é necessário que seja eleita uma situação real vivida pelo participante para servir de base às respostas. Assim, antes de proceder ao questionário, os participantes elegeram, junto com o pesquisador, uma situação de recaída para servir de situação disparadora.

A estrutura fatorial do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus contém oito fatores, que são: Fator 1 - confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6); Fator 2 - afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12); Fator 3 - autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63); Fator 4 - suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22); Fator 5 - aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25); Fator 6 - fuga-esquiva (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47

e 16); Fator 7 - resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52); Fator 8 - reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20).

Prontuário – Os prontuários mantidos pela equipe do CAPSad foram consultados pelo pesquisador uma segunda vez, com a devida autorização dos participantes, com o objetivo de obter informações adicionais sobre o histórico individual de tratamento. Foram obtidas informações sobre o início e o andamento do tratamento. Registraram-se as datas e ocorrências relacionadas com questões interpessoais, recaídas e outras informações que pudessem ser importantes. Por se tratar de um documento produzido pela própria instituição, não houve controle do pesquisador sobre as informações registradas no prontuário. Logo, havendo diferenças entre os casos quanto à quantidade e qualidade das informações contidas em cada documento. O pesquisador tomou registros dos prontuários em diário de campo, posteriormente organizados em planilhas no Excel para auxiliar na análise.

4.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Os procedimentos de pesquisa foram conduzidos pelo autor principal do texto, que é graduado em Psicologia e psicoterapeuta cognitivo-comportamental. O pesquisador não possuía qualquer relação anterior com os colaboradores do estudo. Inicialmente, foi estabelecido contato com a equipe do CAPSad para identificar casos clínicos elegíveis. No intuito de familiarizar-se com o ambiente, o pesquisador participou de atividades do cotidiano da instituição, como consultas médicas, grupos terapêuticos, sala de espera e triagem. Os possíveis colaboradores foram contatados via telefone por um profissional do CAPSad, ou pelo próprio pesquisador, quando foi agendada uma consulta para apresentação do TCLE e convite para participar da pesquisa. Os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa conforme descritos no TCLE, e informados sobre a importância do estudo para contribuir com o desenvolvimento conceitual e de tecnologias de tratamento para os TUS, assim como foram esclarecidos acerca das credenciais e experiência do pesquisador.

Os procedimentos foram realizados em único dia para dois dos casos, tendo duração de até duas horas para conclusão da entrevista e aplicação do questionário sociodemográfico e Inventário de Estratégias de Coping. Com os outros dois voluntários, a entrevista e aplicação dos instrumentos foram divididas em dois dias, com tempo total de até quatro horas. Para cada caso, o pesquisador dedicou aproximadamente duas horas adicionais para, sozinho, analisar e tomar notas dos prontuários.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados organizados em documentos digitais de Excel, Word, PDF e MP3 e, assim, como registros físicos, serão mantidos em segurança pelo prazo de cinco anos antes de serem destruídos. Esse procedimento garante maior confiabilidade aos resultados e conclusões apresentadas, assim como a possibilidade de reavaliação e aferição dos estudos de casos pelo pesquisador no futuro.

4.4 Procedimentos de Análise de Dados

Os dados foram avaliados de forma qualitativa, isto é, como um estudo clínico, mesmo quando empregado instrumento psicológico quantitativo. Foi utilizada a análise de conteúdo da entrevista, análise documental dos prontuários e obtidas médias relativas dos fatores do Inventário de Estratégias de Coping. A discussão dentro dos casos foi construída a partir do cruzamento das informações das três fontes diferentes, procedimento chamado triangulação de dados.

Segundo Yin (2015), a triangulação dos dados consiste na utilização de diferentes fontes de evidências para desenvolver linhas convergentes e divergentes de investigação. Esta técnica é inspirada nos princípios da navegação, em que diferentes pontos são cruzados para obter-se uma localização, o que confere força às descobertas e conclusões. Enquanto procedimento de análise, a técnica busca evidências que corroborem a teoria ou que apontem para novas hipóteses, ou seja, permitem encontrar convergências ou divergências entre os dados a partir do referencial teórico. Assim, apenas os dados baseados em pelo menos duas fontes foram tomados como informações baseadas em evidências. Em seguida, foi realizada a análise cruzada dos casos para a imersão no conteúdo produzido e obtenção de padrões e das lições gerais aprendidas.

Para a organização e interpretação do material produzido com as entrevistas e prontuários, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011). A descrição dos procedimentos e lógica inerente ao processo de análise de conteúdo é recomendada para os estudos que utilizam a técnica (CASTRO; ABS; SARRIERA, 2011). Assim sendo, foram realizados os procedimentos de pré-análise, exploração e interpretação. A análise foi do tipo categorial e elaborada a partir da regra de presença/ausência de índices catalogados em unidades de registro de tema e acontecimentos (BARDIN, 2011). As inferências da análise de conteúdo foram específicas das situações e indivíduos pesquisados, nas suas características psicológicas e comportamentais em interação com o ambiente.

Os eixos temáticos das categorias foram fundamentados em conceitos da teoria transacional de estresse e coping. Para isso, foi utilizada uma matriz de categorias temáticas, organizadas em forma de fluxograma, apresentada abaixo na figura 2. Esta estratégia ajuda a organizar a análise, destacando pontos importantes de investigação (YIN, 2015).

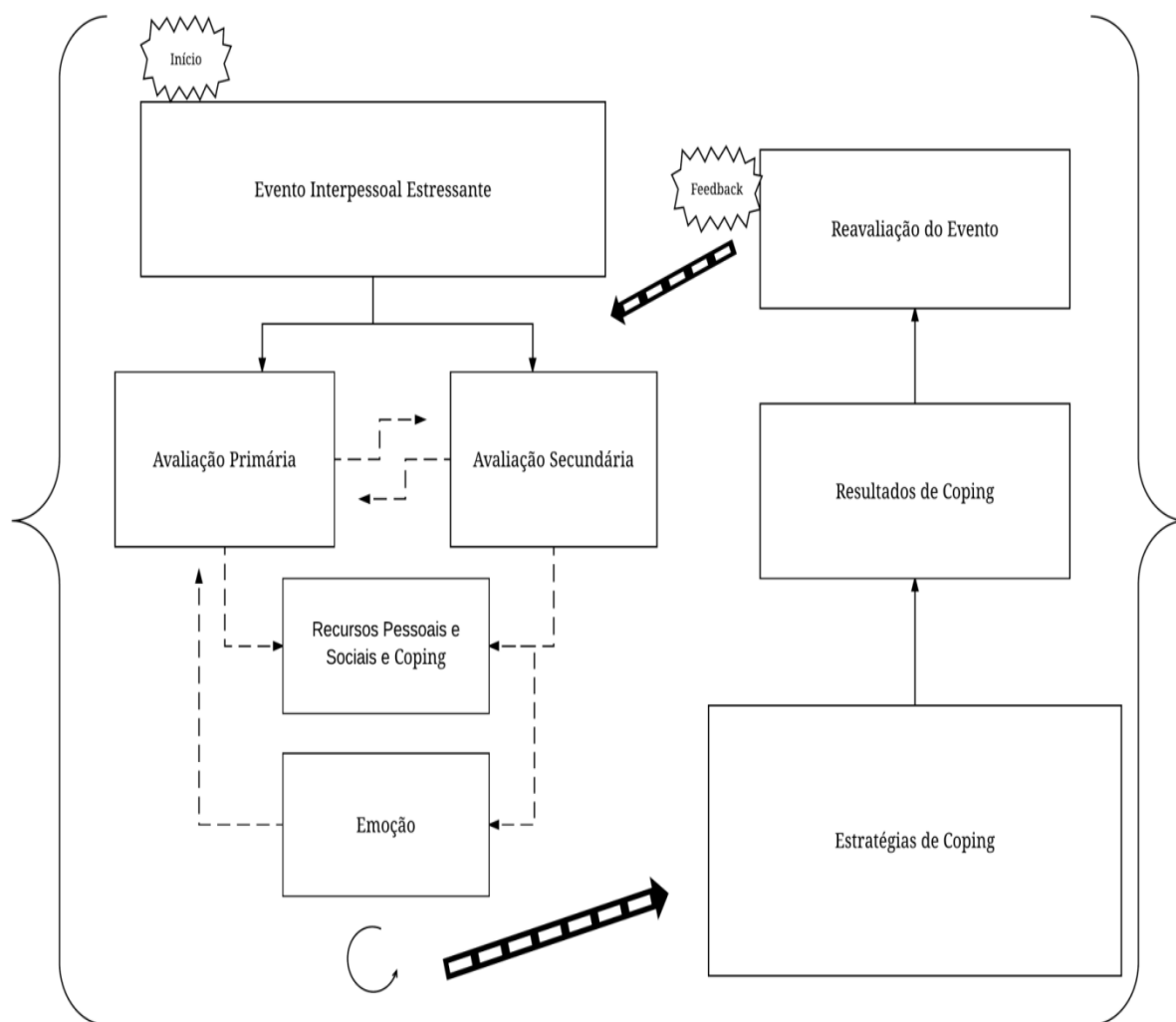


Figura 2 - Matriz de Categorias Baseada no Modelo Transacional de Estresse e Coping de Lazarus.

A figura é representação gráfica da dinâmica das transações que ocorrem entre pessoa e ambiente no curso de um evento estressante. No início, vemos o evento estressante, que para a presente análise será de natureza interpessoal. As setas contínuas indicam que os eventos, normalmente, seguem uma ordem cronológica. Assim, as avaliações cognitivas primárias e secundárias aparecem logo a seguir da ocorrência do evento disparador. As setas seccionadas entre as caixas correspondentes à avaliação primária, avaliação secundária, recursos pessoais e sociais de coping e emoção, representam processos intraindividuais e interdependentes. A

seta em formato de círculo, abaixo da caixa da emoção, indica a reciprocidade mútua dos eventos cognitivos e emocionais, ou seja, a emoção é afetada pela mediação cognitiva e vice-versa. Ao lado, seta em negrito indica a sequência dos eventos para uma resposta cognitiva, comportamental e fisiológica de coping e, depois, os resultados de coping. Finalmente, após terem ocorrido mudanças no ambiente ou na percepção dos eventos, sejam provocadas pelas estratégias de coping ou por outro motivo, observa-se a reavaliação. A seta em negrito ligando a reavaliação às caixas da avaliação primária e secundária indica que o processo de reavaliação é virtualmente idêntico àqueles.

Os prontuários foram analisados pelo pesquisador que utilizou diário de campo para tomar notas das principais ocorrências e informações sobre o início e andamento do tratamento dos participantes no CAPSad. O Inventário de Estratégias de Coping foi corrigido por meio do método dos escores brutos (VITALIANO; MAIURO; RUSSO; BECKER, 1987). Trata-se da soma dos itens de cada fator dividida pelo número de itens do fator. As médias fatoriais foram obtidas para identificar as classes de estratégias de coping mais utilizadas. Também foram avaliados os itens cuja resposta recebeu a pontuação 3 (*usei em grande quantidade*), com o fim de analisar o uso de estratégias isoladas ou sem fator correspondente, como o item 33 (*“Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação”*).

5 ESTUDOS DE CASOS CLÍNICOS

Os resultados a seguir são organizados pela apresentação de cada caso individualmente, com a exposição de cada ferramenta de coleta de dados, seguida da discussão do caso por meio da triangulação dos dados. Após, são feitas as considerações sobre os objetivos do estudo, a partir da integração dos dados observados nos casos discutidos. Todos os nomes foram substituídos por codinomes, assim como informações que poderiam identificar os participantes foram omitidas.

5.1 Alex

Alex é homem de 50 anos de idade, cor de pele parda, nascido e criado em uma cidade pequena no interior do Rio Grande do Norte. Atualmente, está em união estável há 23 anos com a sua companheira, e tem um filho de 22 anos de idade. Alex mora em casa própria com sua esposa e filho. Concluiu o Ensino Médio e um curso técnico na área em que trabalha como servidor público em um órgão municipal. A família tem renda média de R\$ 1.800,00 mensais.

As substâncias de abuso utilizadas por Alex são nicotina e álcool, sendo o último o que gera maiores problemas psicossociais. O primeiro contato com álcool foi aos 15 anos em festas que frequentava com familiares mais velhos, onde era comum beber durante um final de semana inteiro. Aos 23 anos de idade, Alex mudou-se para Rondônia em busca de trabalho e, nessa época, o seu hábito de beber álcool tornou-se mais frequente, semanal. Sua principal atividade de lazer, durante as folgas semanais, era ir aos bares. O uso de nicotina iniciou-se aos 17 anos e continuava até a época da entrevista.

Alex possui poucos vínculos sociais além dos familiares, colegas de trabalho e conhecidos de um centro religioso que frequenta esporadicamente. Recebe apoio da companheira e do filho para lidar com o TUS, sendo encorajado a manter o tratamento e protegido de riscos, como pilotar a sua moto enquanto embriagado. Os profissionais do CAPSad, que realizam busca ativa quando ele falta aos compromissos na instituição, também constituem parte importante da rede de apoio social de Alex. Adicionalmente, os colegas de trabalho oferecem e procuram auxílio da família e de profissionais de saúde quando ele apresenta sinais de intoxicação alcóolica ou ausenta-se do trabalho.

No início de 2011, quando começou o tratamento no CAPSad de Porto Velho, Alex apresentava raquitismo devido à má alimentação e abuso do álcool. Os registros diagnósticos

encontrados no seu prontuário são F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda), F10.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência) e F17.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - síndrome de dependência), de acordo com nomenclatura da CID-10. Antes da criação do CAPSad no município, Alex fez acompanhamento no CAPS II de Porto Velho. Além disso, ficou internado por quatro meses em uma comunidade terapêutica no ano de 2009. À época da entrevista, Alex estava abstinente de álcool há dois meses e fazia uso de aproximadamente 13 cigarros por dia. Ele frequentava o tratamento ambulatorial no CAPSad, trabalhava normalmente e convivia com a sua família em casa.

5.1.1 Análise da entrevista semiestruturada

Duas situações de estresse interpessoal podem ser identificadas na fala de Alex. Primeiro, a pressão social direta e indireta para consumo de álcool aparece em momentos de descontração e comemorações. Em seguida, a percepção de ter magoado, decepcionado e perdido a confiança da sua esposa ocorre quando ele inicia o consumo de álcool. A primeira situação está relacionada ao lapso inicial, e a segunda influencia a dinâmica da recaída que se estende por dias. No primeiro caso, o uso de álcool tende a ser avaliado como inofensivo e acompanhado de expectativas positivas dos efeitos da substância e crenças de controle pessoal sobre o comportamento de beber; logo, a situação não é vista como estressante. No encontro com a esposa após o lapso, ocorre a avaliação primária de dano, por ter “quebrado a confiança” dela, e ameaça à estabilidade do casamento. A percepção de recursos de coping é bastante limitada nestas situações. A avaliação secundária é de que nada pode ser feito e o controle da situação está com a esposa (“Não me quer mais [esposa], tudo bem! Não tem o que fazer”; “Tô no sal, vou continuar no sal”). Aparecem sentimentos de culpa e remorso intensos e Alex usa as estratégias de afastamento, fuga-esquiva (de pessoas que intensificam estes sentimentos) e o uso de álcool como coping emocional para apaziguar emoções negativas e aliviar sintomas físicos da abstinência (dor de cabeça e enjoo).

Como resultado das estratégias empregadas, o convívio familiar fica desgastado e distante, Alex tem sentimentos de vergonha e remorso, há prejuízo financeiro com os gastos com bebida e absenteísmo ao trabalho. A retomada do tratamento é facilitada pelo suporte social da família, colegas de trabalho e da equipe do CAPSad. Alex percebe o esgotamento físico e emocional como fator de reavaliação do comportamento de beber para aceitar a ajuda

e voltar ao tratamento, quando a estratégia de suporte social para resolver o problema se evidencia.

Nas situações em que há pressão social direta ou indireta para consumo de álcool, Alex tende a minimizar os riscos de beber. Acredita que não terá problemas e poderá controlar a quantidade de bebida que irá ingerir. Alex diz para si e para os outros que terá controle sobre o consumo: “Me dá só um pouquinho (de vodca)”; “Vou tomar só quatro latinhas (de cerveja)”. A crença de controle pessoal sobre o comportamento de beber é ativada em momentos de descontração, afeto positivo e disponibilidade de recursos financeiros.

O exemplo a seguir mostra a dinâmica do lapso com o gatilho da pressão social, passando pela sensação de quebra de confiança da esposa com a mediação cognitiva, coping e consequências. Alex estava participando de um churrasco no sítio do seu vizinho. Ambas as famílias estavam reunidas e ele se sentia bastante descontraído. Ninguém havia levado bebidas alcóolicas para consumir durante o churrasco. Porém, o caseiro do sítio estava bebendo uma garrafa de vodca. Alex foi falar com o rapaz e teve o primeiro estímulo ao consumo (“chegando lá, no momento lá, eu vi aquele litro [garrafa de vodca] lá”). Ele tomou uma dose (“[...] e aquilo ali, hum! (risada contida) [...] deu aquela fissura”). Alex tomou três doses de vodca durante o churrasco. Mesmo assim, continuou interagindo com os amigos e familiares. Ao fim do churrasco, ele saiu sozinho na sua moto e a sua esposa foi para casa de carona no carro do vizinho com as outras pessoas que lá estavam. Ao invés de ir para casa, Alex pensava em onde poderia continuar bebendo. Foi parar em um comércio próximo a sua casa, onde poderia continuar bebendo vodca, que era o seu desejo no momento, e estaria perto de casa.

Após passarem cerca de duas horas, sua esposa, filho e cunhada foram procurá-lo. Encontrando-o, eles pegaram as chaves da moto e a carteira de Alex. Não há discussões ou brigas (“Preciso da chave; me dá a carteira que você vai acabar perdendo - diz o seu filho. - Peguei, dei. Toma a chave – Cadê os documentos? – Tá aqui – Me dá a carteira pra mim. Dei”). Neste ponto da entrevista, Alex imita o olhar triste que a esposa faz, e comenta: “Todas elas fazem essa cara, né?”. De acordo com a fala de Alex, esta é a forma como habitualmente a família reage quando ele está bebendo. A preocupação sobre ter magoado a esposa aparece na avaliação de que ela está desapontada com ele (“Quebrei a confiança dela”). Passado isso, seus familiares voltaram para casa e Alex continuou bebendo até o comércio fechar, indo para casa em seguida, pois não tinha mais dinheiro (“Se tenho o dinheiro guardado fico comprando [bebida]”).

Ao voltar para casa, Alex é confrontado com a família magoada com o seu comportamento, ele diz que “é aí onde tá a questão!”. Sua esposa pergunta: “De novo, Alex?, Eu digo - Ah! – Por que você não veio pra casa?”. É quando ele avalia que decepcionou a esposa e pode ser deixado por causa do seu comportamento (avaliação primária de ameaça interpessoal). A própria fala da sua esposa é utilizada como uma confirmação da avaliação (“Ela mesma falou: - ‘Se fosse outra pessoa, já tinha te abandonado. Eu faço isso por amor a você’”).

Estratégias de coping de afastamento e fuga-esquiva são utilizadas para lidar com o sentimento de vergonha que aparece como resultado da avaliação da sua relação com a esposa. “Preciso dormir”, ele diz, tanto devido ao cansaço físico como para fugir do sentimento de vergonha. Neste ponto, a função das estratégias de coping empregadas é focada na emoção, é quando o lapso inicial tende a dirigir-se a uma completa recaída. As estratégias utilizadas aparecem na seguinte fala: “Vou dormir. Aí, eu já procuro afastar o convívio com ela. Eu procuro sair de casa. Vou à procura de bebida. Faço um faz de conta e fico me afastando das pessoas que possam chegar e dizer: ‘Oh, poxa, não faz isso e tal’”.

A avaliação secundária de que nada pode ser feito para manejar a situação fica explícita na sequência a seguir:

Aí, onde chega ao ponto de que entrei no sábado (bebendo). Sei que ela tá chateada, e eu preciso de beber, tomar uma, mais uma. Sinto aquela ânsia de vômito. Já tô no sal, vou pro sal. ‘Poxa, tava tão bem. O porquê? Não poderia ficar sem aquelas quatro cervejas?’ (diz para si mesmo) Agora, tô tomando. Já entrei no sal, já tô no sal, agora vou beber”.

A recaída ocorrida na situação descrita durou aproximadamente dez dias, quando Alex faltou ao trabalho, teve prejuízos à saúde física (desnutrição) e viu desgastar-se o relacionamento com a esposa e o filho. Foi levado ao CAPSad pela família, com apoio de amigos, e retomou a abstinência. Quando Alex retorna ao tratamento, o apoio da esposa é avaliado como essencial para a sua capacidade de lidar com o TUS. O suporte social também foi um importante recurso para o início e manutenção do tratamento para o uso de álcool. Fora uma colega de trabalho, há doze anos, que percebeu que ele chegava com as mãos trêmulas e fala enrolada. Então, o aconselhou e incentivou a buscar auxílio médico. Desde o princípio do tratamento, o apoio da esposa também fica evidente, como no trecho da entrevista em que Alex diz:

[...] na procura do CAPS, aí eu percebi que realmente eu já estava dependente químico do álcool. E que, no entanto, ela (esposa) já foi entendendo, e eu já fui falando pra ela – ‘Eu já tô no problema e eu preciso de ajuda’ [...] E ela foi entendendo também o problema da minha situação – ‘Não, você quer procurar ajuda, vamos lá. E o caminho é esse’.

Destarte o recorte utilizado para ampliar e analisar as questões interpessoais, o processo de recaída de Alex é fortemente influenciado por fatores intrapessoais, como expectativas positivas do uso e o reforço negativo da síndrome de abstinência. Este último é apontado por ele como o principal motivo para beber no dia seguinte ao lapso (“pra tirar a ressaca”).

5.1.2 Análise do prontuário

O prontuário de Alex contém frequentes relatos de recaídas. Os períodos de abstinência variam entre três e vinte meses. As recaídas de Alex são principalmente em situações de lazer, comemoração, alegria e relaxamento.

A presença de lapsos em situações de comemoração é mencionada: “fui comemorar que minha esposa passou no concurso”; assim como a pressão social para uso, convite para ir beber feito por um amigo somado ao estado de “afeto negativo”. Os sentimentos de culpa e remorso são descritos como consequência do desgaste no relacionamento com a esposa por causa das recaídas frequentes. É descrita também a condição de raquitismo devido à má alimentação durante os períodos de consumo e álcool. São mencionadas frequentes faltas ao trabalho em períodos de recaída, que são alvo da intervenção da equipe do CAPSad, procurando reduzir os danos à atividade profissional de Alex.

A retomada da abstinência é sempre registrada junto a algum tipo de suporte social recebido, seja da família, colegas de trabalho ou da própria equipe do CAPSad. A equipe, muitas vezes, faz contatos telefônicos ou visitas domiciliares em busca ativa quando o paciente não comparece às consultas agendadas.

5.1.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping

Junto com o pesquisador, Alex definiu, após a entrevista, a situação disparadora para a sua resposta ao inventário. O evento se inicia no momento em que Alex está bebendo vodka no comércio próximo a sua casa, depois de ele e sua família terem saído do churrasco, e a sua família foi procurá-lo para pegar as chaves da moto e sua carteira para que ele não as perdesse

ou sofresse um acidente. O ponto mais estressante da situação se dá quando Alex volta para casa e escuta a esposa dizer que ele não deveria ter bebido, expressando descontentamento com o seu comportamento. O desfecho da situação é a recaída completa ao uso de álcool, que dura aproximadamente dez dias. A situação é reavaliada quando os recursos físicos e financeiros chegam ao esgotamento, e então, recebe suporte social para retomar o tratamento.

As estratégias relatadas como as mais utilizadas foram Suporte Social (2) e Aceitação da Responsabilidade (2), seguidas da Reavaliação positiva (1,9), Confronto (1,6) e Autocontrole (1,6), conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1- Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Alex)

Fator	Escore Médio
Confronto	1,66
Afastamento	1,3
Autocontrole	1,6
Suporte Social	2
Aceitação de responsabilidade	2
Fuga-esquiva	1,5
Resolução de problemas	1,5
Reavaliação positiva	1,9

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 2, a seguir, apresenta os itens apontados com a resposta “*utilizei em grande quantidade*” (pontuação 3 da escala *Likert* do Inventário de Estratégias de Coping). Adicionalmente, é indicado o fator correspondente, quando aplicável.

Tabela 2 - Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Alex)

Item	Fator Correspondente
14 – Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos	Autocontrole
16 – Dormi mais que o normal	Afastamento
19 – Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem	Item sem fator
22 – Procurei ajuda profissional	Autocontrole e Suporte Social
23 – Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	Reavaliação Positiva
28 – De alguma forma extravasei meus sentimentos	Confronto
29 – Compreendi que o problema foi provocado por mim	Aceitação de Responsabilidade
33 – Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	Item sem fator
34 – Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	Confronto
39 – Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	Reavaliação Positiva
40 – Procurei fugir das pessoas em geral	Confronto
41 – Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação	Afastamento
42 – Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	Suporte Social
43 – Falei com alguém sobre como estava me sentindo	Autocontrole
44 – Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	Afastamento
45 – Falei com alguém sobre como estava me sentindo	Suporte Social
46 – Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	Resolução de Problemas
48 – Busquei nas experiências passadas uma situação similar	Aceitação de Responsabilidade
50 – Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo	Item sem fator
51 – Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez	Aceitação de Responsabilidade
58 – Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	Fuga-esquiva
60 – Rezei	Reavaliação Positiva
63 – Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	Reavaliação Positiva
64 – Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	Item sem fator
65 – Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”	Item sem fator

Fonte: Dados da pesquisa

5.1.4 Triangulação dos dados (Alex)

Os achados mais bem suportados por evidências no estudo de caso de Alex apontam para a presença de estresse interpessoal e seu lugar na dinâmica transacional da recaída. As três fontes de dados corroboram que o estresse causado pela preocupação em ter decepcionado a esposa por ter tido um lapso está relacionado a emoções negativas, percepção de falta de recursos de coping e estratégias de coping focadas na emoção. Consequentemente, o papel desempenhado pelo estresse de ter magoado a esposa influencia a direção do comportamento do lapso para a recaída. A relação entre as variáveis, obtida pela triangulação dos dados, é apresentada na figura 3 e discutida em seguida.

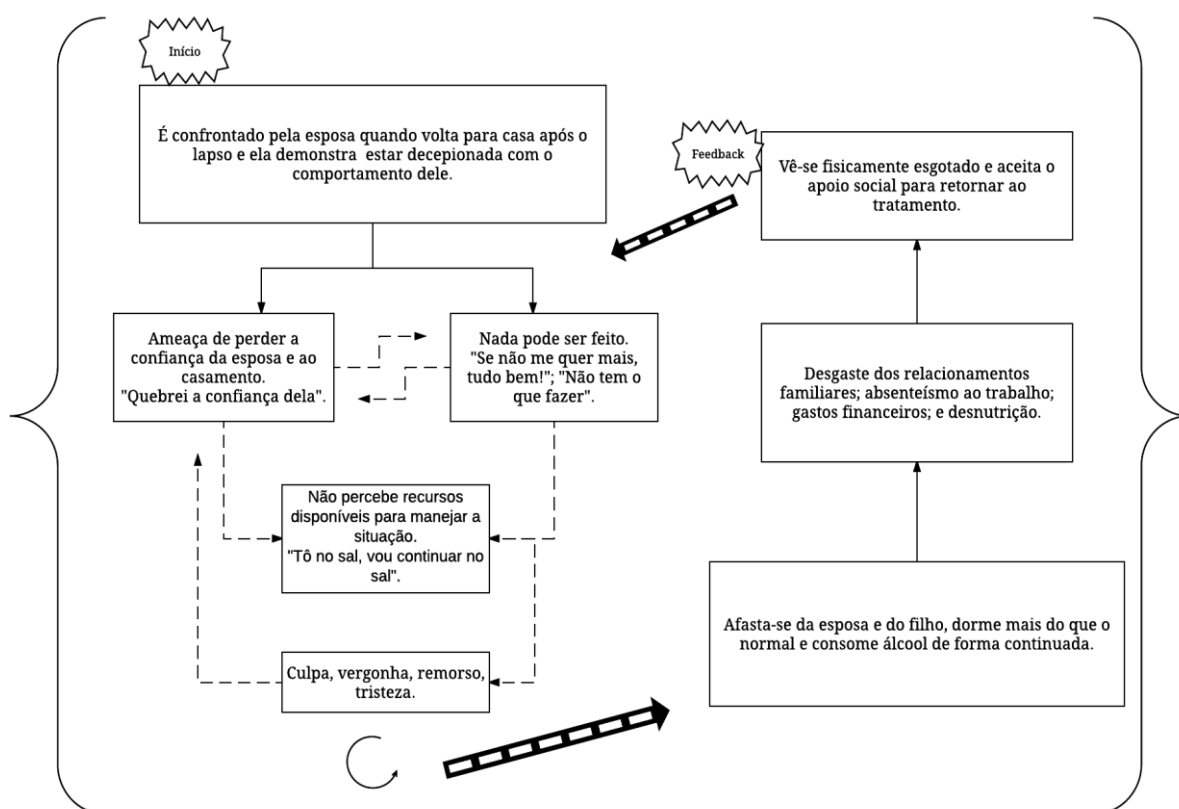


Figura 3 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Alex)

Fonte: Dados da pesquisa.

Cruzando dados da entrevista e do prontuário, podemos identificar a pressão social como um gatilho para o lapso. Contudo, a avaliação primária em situações de pressão social é, principalmente, de um evento benigno que traz expectativas positivas relacionadas aos efeitos

prazerosos do álcool. A dificuldade em dizer não e o medo de não ser aceito pelo grupo foram identificados como fontes de estresse para adolescente expostos à pressão social para uso de substâncias, destarte, esta dificuldade pode ser observada em outras faixas etárias (MYERS et al, 2011; RAMO; PRINCE; ROESCH; BROWN, 2012). Porém, as evidências no presente estudo de caso mostram a pressão social para consumo de substâncias como um evento interpessoal estressante e benigno ao mesmo tempo, com maior peso para as avaliações positivas. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), a maioria das situações avaliadas (avaliação primária) como um desafio positivo é estressante em alguma medida, assim como, enfrentar com sucesso um problema traz expectativas positivas de ganhos e alívio.

No caso do encontro de Alex com o rapaz que bebia uma garrafa de vodka, os recursos de coping foram empregados para fazer uso moderado, uma vez que estava com a família em uma situação em que havia se compromissado em não beber. Pode-se supor que a presença da família foi inibidor do comportamento de beber. Contudo, ao ficar sozinho, Alex cedeu ao desejo de beber ainda mais. Este evento demonstra a importância do suporte social como recurso de coping para evitar a recaída. A procura por suporte social adequado está entre as estratégias de enfrentamento ensinadas como parte de programas de prevenção de recaídas (MARLATT; DONOVAN, 2009).

Seguindo com a caracterização das avaliações cognitivas de Alex, são percebidos danos causados pelo TUS no casamento e as recaídas são avaliadas como ameaças ao futuro do relacionamento. O estresse interpessoal aparece após um lapso inicial, quando percebe a ameaça de ser abandonado ou perder a confiança da esposa, e envergonha-se por ter decepcionado a família. A estratégia de afastamento é utilizada para lidar com o estresse interpessoal, ele bebe continuamente e dorme mais do que o normal. A ameaça de ser abandonado pela esposa tem o locus de controle percebido fora do seu alcance e ele assume, sobre efeito do álcool, uma atitude passiva e de negação do comprometimento com a família: “tanto faz”. Na entrevista, a fala de Alex alude diversas vezes à percepção do problema como impossível de resolver, ou seja, a partir do momento em que toma a primeira dose de bebida, ele se sente entregue ao destino: “tô no sal, vou continuar no sal”. Este dado é corroborado pela resposta ao inventário, quando Alex relata ter utilizado em grande quantidade estratégias como: fugir das pessoas em geral, dormir mais do que o normal e usar drogas. O coping negativo, caracterizado pelo uso abusivo de álcool, traz como consequência os prejuízos psicossociais já descritos na apresentação do caso.

A avaliação de desafio foi indicada na resposta ao Inventário de Estratégias de Coping, porém não foram encontradas evidências convergentes nas outras fontes. Supõe-se que a

avaliação de desafio é uma reavaliação feita no processo de saída da recaída e retomada da abstinência. Um dado que vai ao encontro desta hipótese é a percepção e uso de suporte social como um recurso, ou a aceitação em recebê-lo, fato ilustrado quando Alex retorna ao tratamento. Os recursos de suporte social são a família, a equipe do CAPSad e os colegas de trabalho. Então, a mudança de avaliação cognitiva sobre a rede de apoio (decepcionei eles vs. posso contar com eles) é fortemente sustentada como um dos principais fatores que colaboram para a retomada do tratamento. O desafio seria então percebido e avaliado no momento de aceitar o suporte social.

Os recursos imediatos de coping para manejar o estresse resultante do lapso e por ter decepcionado a esposa são vistos como insuficientes para resolver o problema. Assim, as três fontes de dados convergem para o uso do coping emocional na tentativa de afastar-se das pessoas que desaprovam o seu comportamento de beber e de evitar o desconforto emocional. O consumo de substâncias após o lapso, ou seja, a instauração completa da recaída, pode ser identificado como estratégia de coping para lidar com a síndrome de abstinência e com o desconforto emocional gerado pelo estresse interpessoal de ter decepcionado seus entes queridos. Estas observações são coerentes com achados da literatura que relacionam o déficit de recursos para lidar com estresse e com a síndrome de abstinência com a recaída (BROWN et al, 2005). Assim como o reforço negativo de emoções desagradáveis por meio do uso de substâncias (BROWN et al., 2008; JOHNSON et al., 2008; MARSHALL et al., 2008).

Como dito antes, a reavaliação relacionada com a retomada do tratamento vem acompanhada do uso de estratégias de coping tanto emocional como focada no problema, com uso em grande quantidade do suporte social. A literatura está repleta de evidências que corroboram o apoio social como um fator determinante no sucesso em iniciar e manter tratamento para TUS (MARLATT; DONOVAN, 2009).

5.2 Prometeu

O segundo participante, Prometeu, é um homem de 40 anos de idade, nascido no interior de Minas Gerais, cor de pele parda, solteiro, com o Ensino Fundamental Incompleto, pai de um menino de nove anos, com quem tem pouco contato atualmente. Ele mora em quarto cedido por amigos da sua congregação religiosa, está desempregado e tem um processo em tramitação para receber auxílio doença pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) devido à uma fratura sofrida na coluna vertebral e ao TUS. Hoje, faz pequenos trabalhos informais (consertos, venda de picolé na rua) que geram renda média de R\$ 285,00 mensais e depende da ajuda de pessoas da sua igreja para manter-se.

A mãe de Prometeu morreu quando ele tinha cinco anos, foi criado pelo padrasto, pois o pai e a família da mãe não tinham contato. Ele diz que o padrasto o “escravizava”, tendo que trabalhar na roça e em casa. Aos oito anos de idade, o padrasto lhe dava copos de cachaça para beber, o levava em cabarés e o fazia assistir cenas de sexo. Ele dizia que “homem tem que beber”. Com 14 anos, saiu da casa do padrasto e foi morar com famílias de conhecidos da igreja. Começou a trabalhar e se virar sozinho. Nesta época, já bebia bastante e começou a usar maconha, depois cocaína e derivados. Fez uso de Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) e outras drogas alucinógenas de forma esporádica. Diz que não gostava de maconha, porque ficava abobalhado. As substâncias de preferência e que lhe causaram maiores prejuízos foram bebida alcoólica, cocaína e *crack*.

Ele atribui o início do uso de SPA à influência de “demônios em pele de anjo”, primeiro o padrasto, depois amigos da rua, de festa, de locais de trabalho. Até os 30 anos de idade, ele diz que tinha trejeitos de “malandro”, falava usando gírias, jeito de andar e vestir-se. Atualmente, é bastante crítico sobre o jeito “malandro” e companhias do seu passado.

Sua vinda para Rondônia foi motivada pelo trabalho no garimpo de ouro. Anos depois, trabalhando em uma fazenda, conheceu sua esposa. O relacionamento teve brigas frequentes, inclusive com agressões físicas. Eles tiveram um único filho, que atualmente é motivo de conflito entre os dois. O relacionamento acabou depois de uma recaída de Prometeu. Nesta ocasião, a esposa não o deixou entrar em casa embriagado, o que resultou em intenso sentimento de raiva e a sequência da recaída por pelo menos duas semanas, culminando no término do relacionamento.

Estando solteiro, trabalhou em uma frente de demarcação de terras no Estado do Acre. Quando voltou deste trabalho, foi contratado por uma grande empresa de construções que possui obras em Porto Velho. Certo dia, ele encontrou a ex-companheira na rua, e ela lhe

disse que estava envolvida em outro relacionamento. Novamente, tomado por tristeza e raiva, ele teve o período de uso de substâncias mais pesado da sua vida. Viveu entre traficantes, presenciou cenas de violência e cometeu pequenos delitos. Foi preso e cumpriu pena de cinco meses e quinze dias em um presídio de Porto Velho, época em que diz não ter usado drogas.

Ao sair do presídio, foi para uma comunidade terapêutica tratar do TUS. Na mesma época, seu filho teve uma grave infecção bacteriana e ficou hospitalizado por várias semanas. Segundo Prometeu conta, a falta de recursos para ajudar o filho e as discussões que teve com a esposa foram os gatilhos para a sua última recaída. Depois de aproximadamente quinze dias consumindo drogas e morando na rua, a família – filho, ex-companheira e familiares dela – foi buscá-lo e oferecer apoio. Desde então, iniciou o tratamento com maior motivação, inclusive enfrentando situações de estresse sem ter lapsos ou recaídas.

Os códigos da CID-10 mencionados em documentos médicos no seu prontuário são F19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência) e F19.3 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome [estado] de abstinência). Na época da entrevista, Prometeu tinha boa aderência ao tratamento, mas apresentava graves déficits sociais e econômicos.

5.2.1 Análise da entrevista semiestruturada

Pode-se observar que Prometeu teve poucas oportunidades para aprender habilidades sociais na sua história de desenvolvimento sócio cognitivo. O ambiente agressivo, cercado de influências para o uso de SPA e pobre em interação social positiva, marcou a sua infância. Esta história de aprendizagem social parece influenciar o seu estilo de enfrentamento para situações estressantes com o uso da agressividade e do consumo de substâncias, conforme podemos depreender da entrevista. Na sua fala, identifica-se o estresse interpessoal proveniente de pressão social para o uso de drogas, conflitos interpessoais com pessoas próximas ou desconhecidos e ameaça de perder um ente querido. A falta de recursos para demandas interpessoais aparece como um dos fatores que influencia a avaliação secundária, resultando, muitas vezes, no uso de substâncias para fugir e afastar-se dos problemas que causam sentimentos de tristeza e raiva.

Os eventos interpessoais estressantes relacionados com o uso de substâncias são, principalmente, os que envolvem conflitos com entes queridos e ameaça de perder o contato com o filho. Por exemplo, quando confrontado pela mãe do seu filho sobre voltar para casa ou

se afastar definitivamente de ambos, ele faz a avaliação primária de ameaça (“ela quer me separar do meu filho”) e tem a resposta emocional de raiva e pensa em utilizar uma confrontação agressiva (“na hora, pensei até em agredir ela”). Porém, reavalia a estratégia (“indo contra ela [mãe], eu tô indo contra ele [filho] também”) e sente-se triste e sem recursos para lidar com a situação de forma apropriada (p.ex: utilizando habilidades sociais assertivas). É quando o uso de drogas surge como coping focando em aliviar o desconforto emocional, afastando-se e fugindo do evento estressante (“Quer saber, vou usar droga pra passar esse negócio aí!”).

O trecho abaixo ilustra o coping emocional utilizado para lidar com a raiva e tristeza deflagrada por um conflito com a ex-companheira, após a avaliação primária de ameaça de perder o contato com o filho e ficar sozinho. A percepção de recursos escassos de enfrentamento influencia a avaliação secundária e o rumo do comportamento para o consumo pesado de substâncias.

Ela veio aqui no outro (dia de) pagamento e falou que tinha arrumado um cara aí. Aí, já subiu tudo pra cabeça e caí em estado depressivo mesmo, tá entendendo? Só pensava no meu menino. Pensava na situação, o menino nunca esqueceu de mim, desde pequetinho agarrado comigo. Caramba! [...] Eu não tinha nem imaginação de como é que eu dava a volta nessa situação. Aí, me perdi no espaço. Aí, fui pra cachaça, pra droga, convivia no meio do mundo do crime mesmo. Foi quando eu fui preso.

Os déficits sociais de Prometeu são bastante influentes nas suas avaliações secundárias, e são seguidos de sentimentos de frustração, desespero e tristeza. Na ocasião do adoecimento do seu filho, a ameaça de perder o ente querido e sua incapacidade em ajudar foi outro exemplo de um evento de estresse interpessoal que resultou em uso de drogas. Após cumprir pena de cinco meses de prisão, Prometeu estava internado em uma comunidade terapêutica. Ele não possuía fonte de renda, pois, apesar de não ter sido demitido da empresa onde trabalhava, não ia trabalhar nem recebia o salário há vários meses. Ele lembrava-se que era funcionário da empresa, mas se sentia incapaz de reclamar o retorno às atividades. Dizia:

Eu vendo os outros funcionários [...] desfrutando do bom e do melhor. E eu, puta merda, cara, eu não posso?! [...] Como é que eu vou lá dentro pra resolver essa situação, que eu tô desse jeito imundo! Sujo, descalço! Ave Maria, documento perdido. Como é que eu vou agora?! Fiquei assim, sabe, numa escuridão?

A fala de Prometeu ilustra a percepção de falta de recursos para enfrentar os problemas que se lhe apresentavam. Essa percepção foi intensificada devido ao adoecimento do filho. Ele se via incapaz de lidar com a situação para ajudar o filho (“Eu entrei em estado

depressivo, porque eu [me] achei incapacitado de ajudar ele. Impossibilitado de ajudar ele. E ele, na hora que ele mais precisava da minha ajuda. Tá entendendo?”). A avaliação primária da ameaça de perder o filho, sem que ele pudesse ajudar, provocou os sentimentos de tristeza e frustração, trazendo grande desconforto emocional. A avaliação secundária foi inclinada ao afastamento, recorrendo ao conhecido recurso das drogas (“Aí, causou um transtorno em mim. E eu naquele mundo da droga ali. Eu disse: Não vou enfrentar isso de frente!”).

No contexto descrito acima, Prometeu teve permissão para sair durante quinze dias da comunidade terapêutica para acompanhar o filho. Certo dia, ele se encontrou com a mãe do seu filho na casa de uma filha do primeiro casamento dela. Os dois tiveram uma discussão por causa do filho e do antigo relacionamento. Ela dizia que ele não precisava se preocupar em cuidar do filho se não fosse voltar para casa com ela. A situação foi avaliada como uma ameaça ao relacionamento com o filho que Prometeu tem na mais alta estima. A estratégia inicial foi de confrontação, argumentando que ela não iria lhe separar do filho. Contudo, a forte ativação emocional (raiva e tristeza) e a percepção de déficits de recursos de enfrentamento o levaram a uma avaliação secundária diferente, como ilustrado na sua fala abaixo.

Eu comecei a me questionar - Não, me separar dele, não vai, não - Perguntei pra ele, ele chorou, falou que não. Não queria que eu largasse ele. Aí, falei pra ela: - Oh, você vai ter que me engolir, porque você não vai conseguir me ver longe dele não. Longe de você eu já tô. Mas dele não. - Aí, começou a falar palavra errada lá. Falar que nunca teve sensação por mim. Aquele negócio, pirraça, pra me machucar por dentro. Aí, tomei uma decisão - Quer saber, vou usar droga pra passar esse negócio aí! - Fui.

Durante a discussão, Prometeu pensava inclusive em agredi-la. Mas, reavaliou as opções (avaliação secundária), pois acreditava que se agredisse ela estaria atacando o seu filho também. Mais uma vez, percebe-se a avaliação secundária de incapacidade de lidar com o evento estressante. Sem recursos interpessoais para manejar o conflito com a mãe do seu filho, Prometeu opta pela estratégia de fuga-esquiva e afastamento usando drogas. Sucederam-se quinze dias com ele morando na rua e usando *crack*, álcool, nicotina e maconha. O período de recaída terminou quando a família foi buscá-lo oferecendo ajuda.

Não quis discutir com ninguém. (Por)Que o meu menino estava junto. Falei: - Não, vou sair (da rua), pode deixar. - Você garante? - Garanto. Pode ir pra casa que depois eu vou lá. - Aí, quando foi à noite eu fui lá. Falei: - Vou amanhã, voltar lá pro centro de recuperação. - Liguei no centro de recuperação, eles foram me buscar.

Percebe-se que o compromisso de Prometeu com o seu filho agiu como grande motivador para a decisão de ficar abstinente. Após ir para a comunidade terapêutica, Prometeu teve que lidar com outro evento estressor relacionado ao filho. A coordenação da comunidade não permitia que ele saísse para acompanhar o tratamento do filho. Contudo, a estratégia de coping adotada desta vez teve foco em resolver o problema. O suporte social e o coping religioso foram utilizados para manejar o evento estressante, resultando na manutenção da abstinência. Prometeu procurou ajuda de um amigo, pastor de outra igreja, para continuar o tratamento em outro lugar.

Falei que ele (filho) é mais importante para mim do que qualquer centro de recuperação. [...] Eu preciso mudança, eu tenho que mudar. Já tô chegando numa idade meio madurinha. [...] Falei, vou firmar na igreja. Aí, foi quando eu tomei uma decisão definitiva. [...] E eu preciso de construir uma família pra mim. Pra amanhã ou depois para ter alguém para pelo menos me guiar. [...] Eu saí (da comunidade terapêutica) e fui cuidar do meu filho.

Após a recaída relatada anteriormente, Prometeu afirmou que está há três anos sem consumir substâncias psicoativas. Continuava vivenciando situações de pressão social, pois frequentava bares para conversar com conhecidos e tentar convencê-los a parar de beber indo para a igreja. E ainda tem dificuldades para lidar com conflitos interpessoais, pois o intenso sentimento de irritação é um gatilho para a fissura de usar drogas. Além disso, os conflitos com a mãe do seu filho não foram completamente resolvidos. Ele se mantém afastado como forma de manejar o estresse decorrente dos encontros e discussões com ela.

Segundo Prometeu, sua principal motivação para parar de usar drogas foi ver que estava se afastando da sociedade e de qualquer pessoa que pudesse gostar ou ter laços com ele, especialmente o filho. Dito de outra forma, os valores e compromissos assumidos por ele tiveram grande impacto sobre o comportamento de uso de drogas e, concomitantemente, sobre a forma de lidar com o estresse interpessoal (coping).

5.2.2 Análise do prontuário

De acordo com os registros do prontuário, Prometeu iniciou o tratamento no CAPSad em janeiro de 2013. Declarou usar maconha, *crack*, álcool e tabaco. Teria iniciado o uso de álcool há quinze anos e o consumo de *crack* e maconha estavam intensificados há oito meses. Estava tentando parar de usar drogas há cinco meses, quando estivera em uma comunidade terapêutica, e a última recaída fora há dois meses. Ele mencionou que, durante a infância,

convivia com consumo de álcool na sua família, pois o padrasto, irmão e sobrinhos eram usuários. Dizia ter contato pouco frequente com a família atual (filho e ex-companheira), mas que eles o apoiam no tratamento. Havia perdido pelo menos 12 quilos nos meses anteriores ao início do tratamento, e seu exame de estado mental foi descrito como “deprimido, orientado e lúcido”.

Prometeu estava internado em uma comunidade terapêutica durante o início do tratamento no CAPSad. Relatou ter dificuldades com a coordenação, por imporem restrições para ele sair para acompanhar o tratamento do filho que estava hospitalizado. A situação lhe causava ansiedade e sentimentos de raiva. Saiu da comunidade terapêutica e foi morar na casa de um amigo, que é pastor de outra igreja. Ele vivenciou situações de estresse por conta da guarda do filho e da pressão social ao encontrar antigos amigos, usuários de drogas, na rua. Apesar das situações de estresse acompanhadas de intensa fissura, Prometeu não teve registro de recaídas desde o início do tratamento no CAPSad.

Ele recebeu orientações e ainda é acompanhado pela equipe de assistência social sobre como proceder junto ao INSS para solicitar auxílios por conta da sua condição de saúde (tratamento para TUS e problemas na coluna). O tratamento segue estável, com dificuldades relacionadas à condição financeira e conflitos com a ex-companheira por causa do filho, o que causa fissura e estresse, mas sem terem ocorrido lapsos ou recaídas. Prometeu é descrito como um “paciente com boa adesão ao tratamento”.

5.2.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping

A resposta de Prometeu ao inventário teve como evento disparador a discussão com a mãe do seu filho descrita na análise da entrevista. Na época, Prometeu havia estado preso recentemente. Tinha perdido o contato com a empresa onde trabalhava antes e não sabia qual era a sua situação de trabalho. Suas condições de vestimenta e cuidado pessoal estavam precárias. Estava internado em uma comunidade terapêutica durante o último mês, desde a saída do presídio, e sem consumir drogas há pelo menos seis meses. E seu filho adoecera com uma infecção grave, sendo hospitalizado. Frisa-se que relação com o filho é o principal laço afetivo de Prometeu.

Neste contexto, Prometeu saiu da comunidade para visitar o filho no hospital. Em seguida, foi na casa de uma das filhas mais velhas da mãe do seu filho, quando a encontrou e eles tiveram uma discussão. Segundo Prometeu disse, ela foi agressiva com ele (“Bruta demais! Ela queria me afastar do menino, tá entendendo?”). Durante a discussão, ela dizia

para ele voltar para casa com ela ou então não precisava cuidar do filho, que ela o faria sozinha. O evento estressante causado pelo conflito com a mãe do seu filho pode ser considerado em aberto, uma vez que eles continuavam tendo discussões sobre os cuidados com o filho até a data da entrevista.

Na tabela 3, vemos as estratégias de coping apontadas como as mais utilizadas por Prometeu, que foram Suporte Social (1,83) seguido de Fuga-Esquiva (1,5). As estratégias de Confronto (1,33), Reavaliação Positiva (1,22), Afastamento (1,14) e Aceitação de responsabilidade (1,14) aparecem quase na mesma quantidade.

Tabela 3 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Prometeu)

Fator	Escore Médio
Confronto	1,33
Afastamento	1,14
Autocontrole	0,4
Suporte Social	1,83
Aceitação de responsabilidade	1,14
Fuga-esquiva	1,5
Resolução de problemas	0,75
Reavaliação positiva	1,22

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 4, a seguir, apresenta os itens apontados com a resposta “*utilizei em grande quantidade*” (pontuação 3 da escala *Likert* do Inventário de Estratégias de Coping). Adicionalmente, é indicado o fator correspondente, quando aplicável.

Tabela 4 - Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Prometeu)

Item	Fator Correspondente
12 – Concordei com o fato, aceitei meu destino	Item sem fator
19 – Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem	Item sem fator
22 – Procurei ajuda profissional	Suporte social
23 – Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	Reavaliação positiva
26 – Fiz um plano de ação e segui	Resolução de problemas
33 – Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	Item sem fator
34 – Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	Confronto
42 – Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos	Suporte social
44 – Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	Afastamento
45 – Falei com alguém sobre como estava me sentindo	Suporte social
49 – Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	Resolução de problemas
56 – Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma	Reavaliação positiva
57 – Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores que aqueles em que eu estava	Item sem fator
58 – Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	Fuga-esquiva
62 – Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	Aceitação de responsabilidade
63 – Pensei em um pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo	Reavaliação positiva

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.4 Triangulação dos dados (Prometeu)

A relação entre os conflitos interpessoais (discussão com a mãe do seu filho), a avaliação de ameaça e perda (ameaça de perder o papel de pai e a perda do status social), o déficit de recursos de coping e o uso de substâncias é bem documentada nas três fontes de dados. Os achados do estudo de caso convergem para a descrição dos conflitos interpessoais como gatilhos para a fissura. A história de Prometeu tem uma guinada quando ele começa a aceitar o apoio social oferecido e busca o coping religioso. Até então, repetia-se o padrão de consumo de drogas como forma de lidar com estresse interpessoal e sentimentos negativos. A figura 4 representa, na forma de fluxograma, a relação entre as variáveis estudadas que pode ser observada por meio da triangulação dos dados.

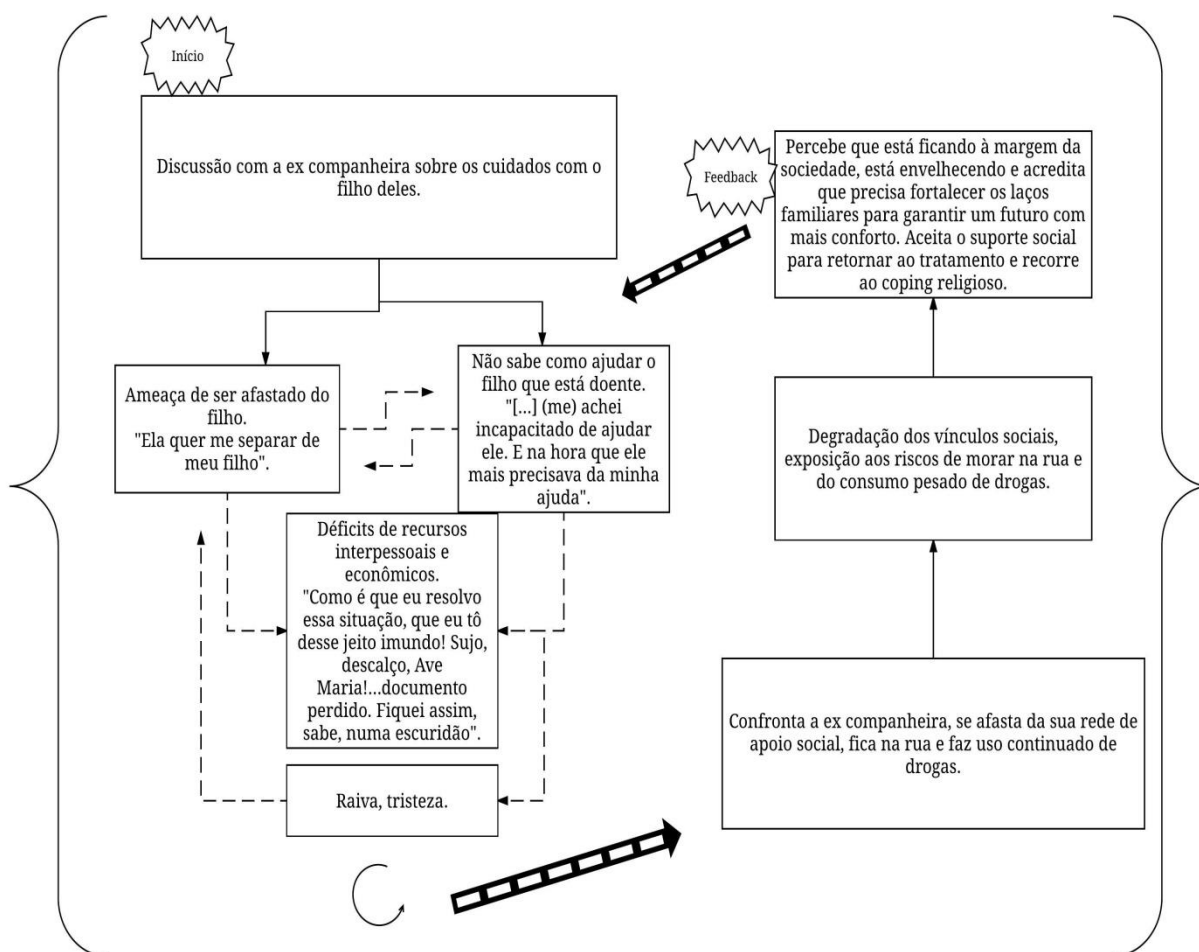


Figura 4 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Prometeu)

Fonte: Dados da pesquisa.

Dados da entrevista e do prontuário indicam déficits na aprendizagem de recursos de coping social, o que pode contribuir para a recaída em eventos interpessoais estressantes. Porém, é justamente o estresse percebido por estar sozinho e poder não acompanhar a vida do seu filho que leva a uma mudança das avaliações e estratégias de coping utilizadas. A crença religiosa e o compromisso afetivo com o filho são grandes fatores de mudanças na vida de Prometeu entre o período que fazia uso de substâncias e os três anos de abstinência. Os valores e compromissos são apontados como variáveis pessoais que influenciam as avaliações cognitivas sobre o que está em jogo em dado evento; se o evento em cena afeta, de alguma forma, o bem-estar do indivíduo – na avaliação primária – e, ainda, o que pode ser feito a respeito – na avaliação secundária – (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A manutenção da abstinência de Prometeu por um período de três anos, sem significativas mudanças nos recursos ambientais e pessoais de coping e vivenciando sentimentos negativos representa um desafio para conclusões de estudos que relacionam

déficits de recursos de enfrentamento (BROWN et al., 2005) e estados emocionais negativos (BROWN et al., 2005; BROWN et al., 2008; WITKIEWITZ; MARLATT, 2007) com maior incidência de recaídas. Neste caso, levanta-se como hipótese que a mediação cognitiva modificou a forma de enfrentamento. Ou seja, as mudanças de comportamento foram possíveis, pois Prometeu encontrou um novo significado para a sua situação familiar e seu uso de drogas, mesmo que pouca ou nenhuma mudança tenha ocorrido nos recursos sociais de coping e condição socioeconômica dele. Desta forma, a mediação cognitiva pode ter tido grande impacto sobre o comportamento interromper o consumo de drogas.

O suporte social é corroborado pelas três fontes de dados como o principal fator de consolidação e manutenção da abstinência. Os pontos mais importantes da rede de apoio social são o filho, a congregação religiosa e a equipe de saúde do CAPSad. A aceitação e busca por suporte social foi a maior mudança identificada nos recursos e estratégias de coping empregadas por Prometeu. A função protetora do suporte social está coerente com a literatura (WITKIEWITZ; MARLATT, 2007; MARLATT; DONOVAN, 2009). O papel ambíguo das relações interpessoais permite a inferência de que a mudança na forma de ver a situação (avaliação cognitiva) é o fator determinante da pior, ou melhor, adaptação de Prometeu às situações de estresse interpessoal. A avaliação de que seu tempo está acabando e ele não construiu uma família para ser fonte de suporte futuramente implica na percepção de uma ameaça que não pode ser resolvida com o uso de drogas, pois os prejuízos já percebidos foram justamente causados pelo consumo. Logo, infere-se que a mudança nas estratégias adotadas e a melhor adaptação de Prometeu ao tratamento deveram-se, em parte, à reavaliação cognitiva observada.

Pode-se notar a maior utilização de estratégias de fuga-esquiva e afastamento quando o estresse interpessoal foi pivô de recaídas e, por outro lado, maior emprego do suporte social, reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade quando, nas mesmas circunstâncias, alcança ou mantém a abstinência. Em uma série de estudos sobre coping (FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986; FOLKMAN; LAZARUS, 1985; LAZARUS; FOLKMAN, 1984) o uso de estratégias focadas na emoção foi relacionado positivamente com resultados desadaptativos, ao passo que o uso de estratégias focadas no problema resultou em melhor adaptação e melhoria no bem-estar dos indivíduos.

5.3 Eva

Eva, de 39 anos de idade, foi a única mulher a participar da pesquisa. Ela nasceu em uma cidade do estado de Rondônia, tem cor de pele parda e atualmente está solteira. Ela estudou até completar o Ensino Médio, apesar de ter interrompido os estudos durante a adolescência. Também fez um curso profissionalizante na área em que trabalhou como autônoma e foi microempresária na sua cidade natal. Eva teve três filhos, dois dos quais estão vivos (20 e 22). A sua filha mais velha foi criada pela avó materna, ela enfrentava um transtorno de humor e cometeu suicídio em 2011, aos dezenove anos de idade. Hoje, Eva mora junto com os dois filhos na cidade de Porto Velho em uma casa alugada, está desempregada e mantém-se com a ajuda de amigos e a bolsa de estudos que o filho recebe no valor de R\$ 400,00 mensais.

Eva foi criada em ambiente de exposição ao uso de álcool e nicotina. Sua mãe é alcoolista e seu padrasto, além do uso de álcool, tentou abusá-la sexualmente em mais de uma ocasião, segundo seu relato. Ela teve sua primeira filha aos 14 anos de idade. Por não ter condições de criar um bebê na época, Eva deixou a filha na casa da sua mãe, avó da criança. Em seguida, casou-se com outro rapaz cinco anos mais velho que ela. No primeiro casamento ela teve a segunda filha e, dois anos mais tarde, o filho caçula. Seu primeiro contato com drogas foi em casa com o esposo que era usuário de merla (pasta base da cocaína fumada em cigarros junto com tabaco ou maconha). Ela o via fumar em casa e sentia o cheiro, e fumou escondida pequenas quantidades da merla que o seu marido deixava em casa algumas vezes. O esposo desenvolveu um padrão problemático de consumo e começou a agredir Eva. Após quatorze anos de casamento, Eva decidiu pedir o divórcio por conta das agressões e abusos.

Poucos anos depois, ela se casou novamente e o segundo marido não era usuário de drogas. Nesta época, Eva voltou a estudar para concluir o Ensino Médio, fez um curso técnico e começou a trabalhar na área de formação. Trabalhava em uma empresa e fazia serviços em casa com equipamentos de trabalho que conseguiu comprar. Além disso, pôde comprar um terreno e montar sua casa por meio de um programa de incentivo governamental. Em três anos, conseguiu estruturar-se financeiramente. Segundo ela narra, foi um período de boa adaptação na sua vida.

Em 2008, ela descobriu que o seu marido estava envolvido com outra mulher e separou-se dele. Eva teve uma fase de depressão, quando tentou seguir adiante com os estudos, trabalho e cuidado com os filhos. Contudo, em meio às dificuldades de cuidar da casa sozinha, sua segunda filha (com 16 anos) fugiu de casa com o namorado porque Eva não

concordava com o namoro. E o seu filho mais novo foi morar na casa de uma tia, onde tinha primos para brincar. A depressão de Eva intensificou-se neste período após uma discussão com o segundo esposo, e Eva recebeu o apoio de pessoas que a viram passando na rua chorando. Quando ouviram a história de Eva, lhe ofereceram uma porção de oxi (derivado da cocaína de menor pureza, similar ao *crack* que é fumado junto com tabaco). Ela levou a substância para casa, mas não fumou no mesmo dia. Dias depois, após outra discussão com o ex-marido, ela fumou a pedra de oxi e passou dois dias acordada sob o efeito da substância. Sentiu-se envergonhada e tentou evitar as pessoas que lhe deram a droga. Contudo, encontraram-se enquanto ela passava pela rua e a convidaram para sentar no bar onde estavam. O convite começou com algumas cervejas mas Eva não tinha experiência em beber e terminou em uma casa com várias pessoas reunidas para fumar oxi.

A partir de então, de 2008 a 2015, Eva fez uso pesado de oxi, *crack* e maconha. Vendeu a sua casa, seus equipamentos de trabalho, foi demitida do seu emprego e afastou-se dos familiares. Passava dias seguidos na rua, sem preocupação com higiene, alimentação ou outras responsabilidades. Em 2011, após o suicídio da sua filha mais velha, o quadro clínico de Eva agravou-se. A este tempo, seu consumo de drogas estava pesado e ela começou a ter sintomas psicóticos, como alucinações auditivas e visuais, pânico, claustrofobia, delírios paranoicos e forte ideação suicida. No ano de 2013, seu filho conseguia se manter recebendo uma bolsa do governo federal para estudantes que praticam esportes. Além disso, o pai dos seus dois filhos mais novos havia dado uma casa como acerto da dívida de pensão que tinha se acumulado. O filho morou nesta casa até 2013, antes de vendê-la e mudar para Porto Velho.

A família e amigos de Eva, preocupados com a sua condição de saúde, mobilizaram-se para ajudá-la e ela foi morar com o filho em Porto Velho no final de 2013 para fazer o tratamento no CAPSad. Diziam para seu filho tirá-la de cidade ou ela acabaria morrendo. Contudo, ela continuou usando drogas em Porto Velho durante pouco mais de um ano e teve contato maior com substâncias que ela fazia pouco uso até então: *crack* e maconha.

Em casa, teve conflitos sérios com o filho que não aceitava seu uso de substâncias. Além disso, os sintomas psicóticos estavam se agravando, logo, decidiu aceitar o tratamento no CAPSad. No início do tratamento, Eva também recebeu o apoio do médico que atende a sua mãe e é amigo da família, que chamaremos aqui pelo apelido de José. O início do tratamento no CAPSad foi em julho de 2015, tendo recebido os diagnósticos F14.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno psicótico) e

F19.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico) da CID-10.

Atualmente, ela ainda depende da ajuda de amigos, inclusive financeiramente, e do apoio dos filhos. Desde que está em tratamento, Eva teve duas recaídas, porém os períodos de abstinência não são livres dos sintomas depressivos e psicóticos. Ao fim da sua participação, o pesquisador responsável procurou a equipe do CAPSad para discutir a necessidade de atendimento intensivo devido à fragilidade sócio emocional que ela apresentou no curso da entrevista, incluindo risco de suicídio.

5.3.1 *Análise da entrevista semiestruturada*

Eva relatou, durante a entrevista, que teve duas recaídas desde que começou o tratamento. A segunda delas foi motivada por pressão social direta para o uso, quando foi convidada por um antigo parceiro de uso para consumir *crack* com ele. Já a primeira recaída ocorreu após sentir-se pressionada pela desconfiança de sua mãe e seu amigo médico sobre ela não conseguir evitar uma recaída. A desconfiança é vista como falta de validação do seu esforço para enfrentar o TUS. Eva se descreve como uma pessoa fechada que não gosta de fazer amizades e sua história de desenvolvimento social corrobora a presença de déficits de habilidades sociais e a vivência de situações de abuso psicológico e sexual. Então, infere-se que o déficit de recursos de coping para lidar com demandas interpessoais foi um dos motivadores de ambas as recaídas, assim como do início do consumo de drogas. Por exemplo, na ocasião que usou oxi com outras pessoas pela primeira vez, Eva foi convidada para sentar-se à mesa de um bar e não soube recusar o pedido (“Aí, eu parei, não sabia dizer não, no vazio que eu estava, né”). Todavia, é a preocupação com seus entes queridos e o próprio status social que afetam sua decisão de interromper o consumo de drogas e aderir ao tratamento, como veremos adiante. Em decorrência das recaídas, Eva tem o agravamento dos sintomas psicopatológicos que desenvolveu ao longo do uso pesado de drogas. As sequelas residuais dificultam sua reabilitação e geram forte sentimento de desesperança, mesmo mantendo-se abstinente de SPA.

Depreende-se da entrevista o claro papel da sua rede de apoio social no início e manutenção do tratamento. A presença do filho, mesmo com poucos recursos para ajudar a mãe com o TUS, e José, que lhe indicou o CAPSad e mantém contato frequente para acompanhá-la, são fundamentais para a manutenção do tratamento. O suporte social dos filhos é visto de forma ambígua, pois ao mesmo tempo ela se sente pressionada por ter magoado e

“falhado” como mãe (“Eles querem que eu seja aquela mãe de antes. Mas não consigo”). Por outro lado, o apoio de José é isento desta pressão, além do fundamental apoio financeiro (“Mas quem me ajuda mesmo é esse médico [José], financeiramente. Ele me incentiva a não parar”). O que causa até mesmo estranheza em Eva, pois nunca conheceu alguém que lhe ajudasse de forma altruísta.

Entre os fatores percebidos como motivadores para aderir ao tratamento, Eva elenca o transtorno psicótico (“Não queria sentir aquela coisa ruim, que queria me pegar, me fazia medo, que me dava angústia”) e o estresse interpessoal de sentir-se inadequada para o convívio em sociedade (“Quando passava o efeito da droga, [eu] via a minha mão tudo preta, suja. As pessoas me olhando com preconceito, porque tem preconceito”).

A última recaída de Eva ocorrera nove meses antes da entrevista, quando ela havia viajado para sua cidade natal a fim de visitar sua mãe e amigos. Ao sair sozinha para rever amigos, José ficou preocupado que ela pudesse ter uma recaída e ligou várias vezes para monitorar o que ela estava fazendo. Ao chegar à casa de sua mãe, Eva a encontrou embriagada e foi recebida com desconfiança, conforme o relato abaixo:

É muita pressão, muita vigilância. “Onde tu tá? Tá fazendo o que?”. E eu falar: “Vou lá pra mamãe. - “Tá bom. Mas olha....Olha!”. Esse “olha” já me irritava. Aí, o telefone, às vezes o telefone, né, ficava ligando “onde você tá?”. Aí, às vezes, tinha algumas pessoas conversando, né. Ali perto mesmo da minha mãe. “Olha, daqui meia hora a gente se encontra lá no apartamento”, ele falava. E eu poxa, vida, eu lá em (nome da cidade), tanta gente que a gente conhece antiga. E diz “olha, você tá gorda, que bom que você melhorou”, as pessoas falam, né. Mas, aí, eles começavam, aí ligavam, aí a mamãe ligava. Quando cheguei na casa da minha mãe, minha mãe bêbada. “É porque eu estava ligando, e você sumiu” – “Sumiu da onde, mãe?!”. Já saí de lá direto pra boca. [...]Eu me senti pressionada.

Na sequência do evento da primeira recaída de Eva, a cobrança de que ela dê satisfações constantes sobre onde está e o que está fazendo é acompanhada de raiva e frustração:

(O “olha” é) Tipo assim: “olha, não vai usar droga”. Saí pensando: poxa vida, eu converso com as pessoas amigas, tão me elogiando, que eu tô bem. Aí o José liga, procura saber onde eu tô, falo que já tô indo. Aí, ele liga pra mamãe dizendo que eu tô sumida. Chego na minha mãe, minha mãe tá bebendo, já tá quase bêbada e diz na minha cara: “Onde é que tu estava? Já estava usando droga? José tá ligando toda hora”.

A desconfiança sobre a sua capacidade de manter-se abstinente foi avaliada como um ameaça a sua autonomia e sentimento de invalidação por parte da sua família. Com o sentimento de raiva gerado pela percepção de desconfiança por parte da família e a avaliação

de que perdera muitas coisas na sua vida, Eva utiliza a fuga e o uso de substâncias para lidar com as emoções desagradáveis (“Eu falei: ah, é! Já saí de lá direto pra boca. Porque fiquei com raiva”). Esse pensamento traz uma angústia por depender dos outros (“Não consigo fazer nada. Me sinto inútil. Me sinto um nada”), e Eva culpa-se pelo destino que sua família tomou (“Não era pra eu estar assim, era pra estar bem. Era pro meu filho ter terminado a faculdade. Era pra eu estar bem. A culpa é minha dele não terminar a faculdade”). Quando tem discussões ou conflitos com o filho, tem vontade de usar drogas e pensa que “era melhor morrer de uma vez” para não lhes dar mais trabalho.

A recaída descrita acima teve duração de três dias, tendo retornado imediatamente ao padrão de uso pesado de antes. Ela procurou antigos conhecidos e foi para um local de consumo onde ficou escondida da família. Nestes três dias, não se alimentou e negligenciou os cuidados com a higiene pessoal. A reavaliação que levou à retomada da abstinência foi influenciada pela ligação afetiva com o seu filho. Conforme Eva afirmou: “Só fui (embora) porque estava desconfiada que estavam atrás de mim, já estava pra mim achar. O meu filho, estava aqui em Porto Velho, foi lá pra (nome do município omitido). Esse daí bota terrível pra me achar”. E a ameaça de que algo ruim pudesse acontecer com seu filho, caso ela não voltasse para casa (“Eu tenho medo dos outros [usuários de drogas] não aceitarem ele. Porque ele vai com tudo”). O papel do compromisso afetivo de Eva com seu filho surge diversas vezes como motivação para sua abstinência. A mesma influência é exercida pelo apoio que recebe de José, pois ele tem gastos financeiros e demonstra preocupação com ela (“Aí, eu falei, não, não quero mais fumar esse negócio aqui não. Peguei e fui pra casa. Lembrei do José, porque ele tava gastando muito me ajudando e eu não queria ficar mais naquela vida ali não, muito feio”).

Além da influência das relações interpessoais, Eva também relata o desconforto causado pelo aparecimento dos sintomas psicóticos devidos ao uso de crack como um dos motivos que a fez retomar a abstinência e a ajuda a manter-se no tratamento. Assim como infere-se que a vulnerabilidade fisiológica teve forte papel no desenvolvimento do TUS de Eva e pode ter grande influência nas suas recaídas, como na ocasião da segunda recaída em que, após receber um convite para fumar ela simplesmente aceitou (“Eu tava com vontade de fumar e não sabia”)

5.3.2 Análise do prontuário

O prontuário de Eva mostra o início do tratamento em julho de 2015. Na época, ela disse estar abstinente há um mês. Vinha fazendo uso de *oxi/crack* há oito anos e de maconha há dois anos. Relatava diversos sintomas psicológicos e somáticos, como: fissura, enjoo, insônia, lapsos de memória, pânico, alucinações auditivas, claustrofobia e depressão. Também apresentava quadro de reumatismo e anemia. Não havia feito nenhum tratamento anterior, estava desempregada e sem condições físicas e psicológicas de assumir responsabilidades laborais. Eva já morava em Porto Velho com seus dois filhos e recebia ajuda financeira de um amigo médico de sua cidade natal.

Os primeiros três meses de tratamento tiveram constantes registros dos sintomas de síndrome de abstinência grave. Eva vinha fazendo uso da medicação de forma irregular e não estava realizando acompanhamento regular com outros profissionais, apenas o atendimento médico. É registrada uma recaída em outubro de 2015 sem indicação do contexto em que ocorreu. O tratamento foi retomado imediatamente e manteve-se sem recaídas desde então. Contudo, o relato dos sintomas de ansiedade, insônia, ânsia de vômito e angústia relacionados à síndrome de abstinência seguem praticamente inalterados. Em março de 2016, inicia atendimento psicoterapêutico, mas os atendimentos não tem sequência registrada no prontuário. Após a participação de Eva na pesquisa, por sugestão do pesquisador, foi inserida no prontuário observação sobre o alto risco de suicídio e demanda de atendimento intensivo por equipe multidisciplinar.

5.3.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping

Eva optou por responder ao inventário com base na sua primeira recaída, descrita anteriormente. Já tendo iniciado o tratamento no CAPSad, em abstinência e morando com seus dois filhos em Porto Velho, Eva foi visitar sua família na sua cidade natal. Lá, ela sentiu-se pressionada e vigiada por seu amigo José e sua mãe. Eles ligavam para Eva constantemente para saber onde estava sempre que ela saía sozinha.

Certo dia, Eva estava visitando amigos quando recebeu uma ligação de José que dizia: “Onde tu tá? Tá fazendo o quê? Olha! Olha!”. Para ela a expressão “olha!” significava: “olha, não vai usar droga!”. Eles combinaram que se encontrariam no apartamento da mãe de Eva dali a meia hora. Ao chegar à casa de sua mãe, viu que ela estava alcoolizada e reclamava que Eva estava sumida e José não parava de ligar. Então, Eva se sentiu irritada e saiu para

procurar drogas sem avisar ninguém. Ficou três dias seguidos fora de casa consumindo oxi com antigos companheiros de uso. Interrompeu a recaída por conta própria, porque tinha medo que a encontrassem naquele estado. Então, procurou a ajuda de José e ficou no apartamento dele se recuperando. Após alguns dias de recuperação, Eva voltou para Porto Velho com o seu filho e retomou o tratamento. O episódio deixou o relacionamento de Eva com os filhos abalado, pois eles reprovam o comportamento dela e demonstram isso por meio do silêncio e críticas, o que a faz perceber mais estresse.

Conforme a tabela 5, as estratégias de coping com maior pontuação na resposta de Eva foram Aceitação de Responsabilidade (2,57), Confronto (2,16) e Reavaliação Positiva (2). A estratégia de Suporte Social pontuou zero.

Tabela 5 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Eva)

Fator	Escore Médio
Confronto	2,16
Afastamento	0,42
Autocontrole	1,4
Suporte Social	0
Aceitação de responsabilidade	2,57
Fuga-esquiva	1,5
Resolução de Problemas	1,5
Reavaliação positiva	2

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 6, a seguir, apresenta os itens apontados com a resposta “*utilizei em grande quantidade*” (pontuação 3 da escala *Likert* do Inventário de Estratégias de Coping). Adicionalmente, é indicado o fator correspondente, quando aplicável.

Tabela 6 – Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Eva)

Item	Fator Correspondente
9 – Me critiquei, me repreendi.	Aceitação de responsabilidade
10 – Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	Afastamento
14 – Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	Autocontrole
17 – Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	Confronto
19 – Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem.	Item sem fator
27 – Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	Item sem fator
28 – De alguma forma extravasei meus sentimentos.	Confronto
29 – Compreendi que o problema foi provocado por mim.	Aceitação de responsabilidade
32 – Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	Item sem fator
33 – Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, <i>utilizando drogas</i> ou medicação.	Item sem fator
37 – Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	Item sem fator
40 – Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	Confronto
43 – Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	Autocontrole
47 – Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	Confronto
49 – Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	Resolução de Problemas
51 – Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	Aceitação de responsabilidade
55 – Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	Item sem fator
56 – Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	Reavaliação Positiva
57 – Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	Item sem fator
58 – Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	Fuga-esquiva
60 – Rezei.	Reavaliação Positiva
61 – Me preparei para o pior.	Item sem fator
63 – Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	Reavaliação Positiva
65 – Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderia ter sido piores”.	Item sem fator

Fonte: Dados da pesquisa

5.3.4 Triangulação dos dados (Eva)

O início do consumo de drogas por Eva foi motivado pelo enfrentamento de situações interpessoais estressantes para ela. Na recaída analisada anteriormente, também há presença de estresse interpessoal como situação disparadora, especialmente a preocupação por ter magoado ou ser desvalidada por entes queridos. Em meio à crise da sua segunda separação, o suporte social ocasional recebido de estranhos para lidar com o desconforto emocional foi o ensino do uso de drogas como uma maneira de esquecer os problemas (coping focado na emoção). Dado o histórico de Eva - abuso psicológico e sexual na infância, déficits sociais, mãe alcoolista, primeiro marido usuário de drogas, dois relacionamentos amorosos frustrados, uma filha criada pela mãe e outra que havia fugido de casa -, a estratégia ensinada foi adotada quase imediatamente, pois não havia percepção de outros recursos disponíveis aos quais ela pudesse lançar mão.

A história de desenvolvimento psicossocial e emocional de Eva fornece evidências para fatores de vulnerabilidade e risco para TUS. Conforme Blalock et al. (2011) demonstraram, a vivência de traumas físicos e psicológicos na infância teve relação com uma maior dificuldade de um grupo de mulheres grávidas em aderir a um programa de tratamento e interromper o uso de tabaco. Ou seja, a experiência de estresse interpessoal na infância pode dificultar a eficácia em aderir a tratamentos ou lidar com o TUS com recursos próprios. Na pesquisa de Hildebrand et al. (2015), a violência doméstica na infância e juventude também teve relação com o desenvolvimento de problemas de saúde mental, principalmente quando os pais/cuidadores faziam uso de álcool. A vivência de ambiente abusivo somado ao déficit de recursos de coping são considerados fatores de risco para as psicopatologias desenvolvidas por Eva.

O suporte social recebido por Eva não é decorrente da busca ativa por ajuda, mas vem principalmente da iniciativa de outras pessoas. Nota-se a ausência de percepção do suporte social como uma estratégia de coping, o que é suportado tanto pela entrevista como pelo Inventário de Estratégias de Coping. Por outro lado, fica evidenciada a função primordial do apoio oferecido pelo filho e por José para ela ter aderido ao tratamento. Tratando-se, portanto, de um suporte social recebido passivamente e uma rede de apoio bastante reduzida. Pode-se inferir que os recursos de que o filho dispõe, para apoiar o tratamento de Eva, não seriam suficientes sozinhos, tendo sido essencial o suporte recebido por José, que por ser médico e ter mais experiência dispõe de recursos mais sofisticados. Após o tratamento iniciar,

adicionaram-se à rede de apoio social de Eva os profissionais do CAPSad. Logo, dando um salto qualitativo na sua rede de apoio.

Foi observado por Feitosa (2014) que as habilidades de interação social facilitam o estabelecimento de uma rede de apoio social positiva e que esta tem função protetiva contra o desenvolvimento de transtornos biopsicossociais. No caso de Eva, nota-se o déficit destas habilidades e a rede social pobre em recursos, tendo havido um salto (qualitativo) no suporte social recebido quando Eva conheceu José, o que causou inclusive estranheza pelo altruísmo oferecido. Em outra pesquisa (DUNKEL-SHETTER; FOLKMAN; LAZARUS. 1987), foram analisadas as correlações entre variáveis pessoais como a autoestima, o processo de estresse e coping e o suporte social recebido. Os autores concluíram que indivíduos com alta autoestima procuram mais suporte social e recebem mais suporte emocional que aqueles com baixa autoestima. Além disso, o uso de estratégias de coping de suporte social foi vinculado à busca por informações relevantes para lidar com a situação estressante.

Ademais, Dunkel-Shetter, Folkman e Lazarus (1987), argumentaram que as estratégias de coping fornecem pistas para a rede de apoio social e influencia, mesmo indiretamente, o tipo de apoio recebido. Logo, infere-se que o comportamento de Eva forneceu pistas para seus filhos, mãe e amigos sobre o tipo de auxílio que ela precisa receber, mesmo com a quase ausência de busca direta por ajuda. O fluxograma na figura 5 apresenta os padrões obtidos por meio da triangulação dos dados. Em seguida, é discutida a dinâmica do estresse interpessoal, coping e recaída apresentada por Eva.

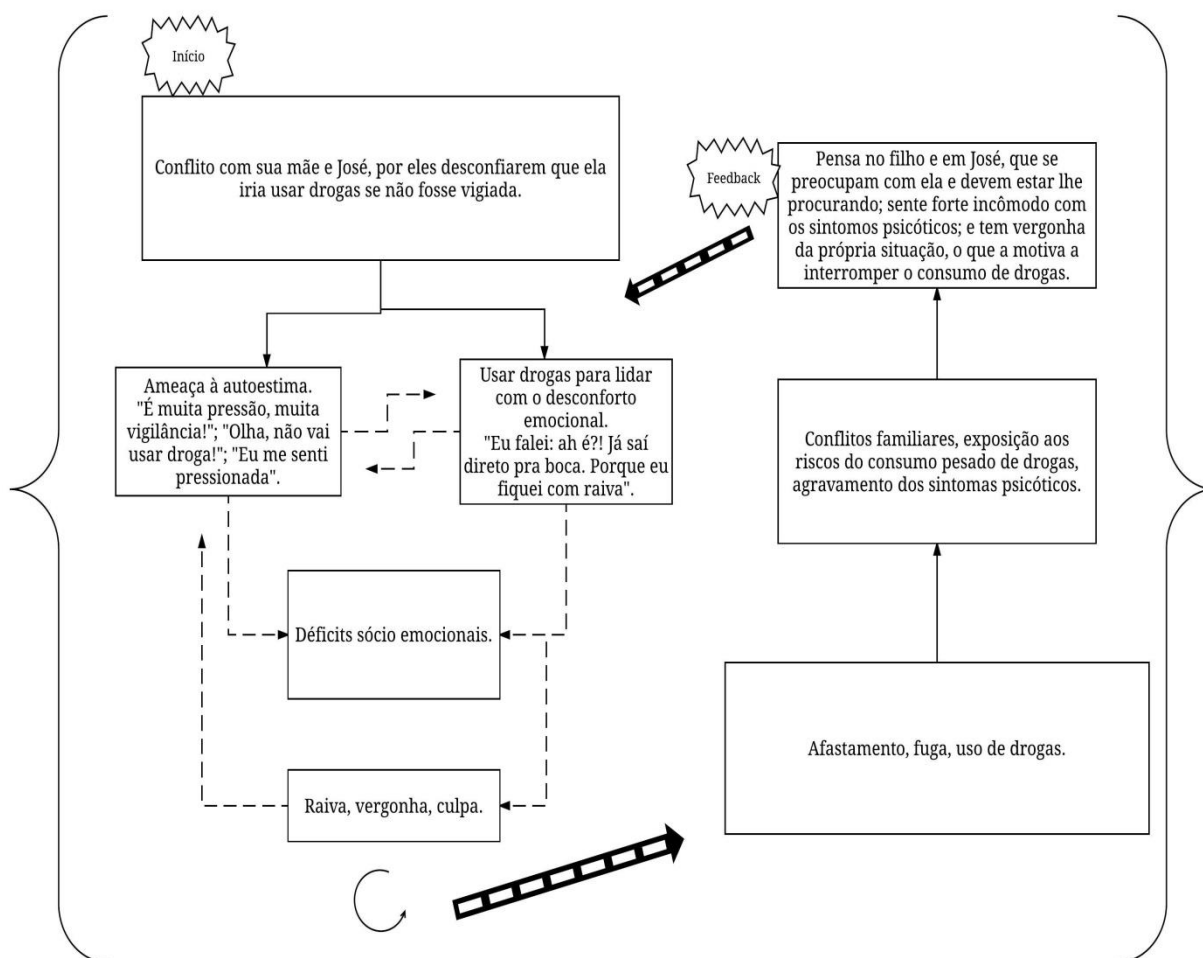


Figura 5 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Eva)
Fonte: Dados da pesquisa.

Destarte os fatores biológicos e demais variáveis psicossociais, analisou-se a dinâmica do estresse interpessoal e recaída de Eva da seguinte maneira. A condição de abstinência é estressante por si só para Eva, pois se encontra sóbria tendo que encarar os prejuízos sociais, emocionais e financeiros que o TUS lhe causou. E enfrenta sérios sintomas psicológicos e físicos decorrentes das sequelas de quase uma década de consumo pesado de drogas com alto potencial de dano. Quando é pressionada por seus entes queridos para que tome cuidado para não ter um lapso, Eva avalia (avaliação primária) que está sendo atacada em sua autoestima e senso de eficácia (crença pessoal sobre ser capaz de se manter abstinente), pois interpreta que as pessoas mais importantes na sua vida não acreditam que ela seja capaz disto. Sente raiva e culpa, vendo a si mesma como um peso para seus familiares, tem ideação suicida e sente fissura para consumir drogas. O uso de drogas fora um recurso aprendido como útil para afastar sentimentos negativos decorrentes de conflitos interpessoais e, somado ao déficit de

habilidades sociais, foi a estratégia de coping eleita (avaliação secundária) para lidar com a percepção de baixa autoestima, culpa e sentimento de ser invalidada por seus entes queridos.

Vemos, mais uma vez, a dupla polaridade das relações interpessoais na dinâmica do processo de estresse e coping na recaída, uma vez que fica clara a função do estresse interpessoal como gerador de desconforto emocional e eliciador da recaída, mas também é nítida sua função de proteção e suporte no retorno à abstinência. Eva afirmou que decidiu descontinuar o uso após três dias de recaída por preocupar-se com o filho que estaria lhe procurando. Tanto se preocupou com a integridade física dele, que poderia entrar em conflito com outros usuários de drogas nos locais de consumo que a fosse procurar, quando previu o golpe a sua autoestima se fosse encontrada nas condições em que estava. Neste caso, a estratégia de coping focada no problema para enfrentar o possível dano ao filho e à autoestima fora a interrupção do uso e retorno ao tratamento. Além dos fatores interpessoais, o agravamento dos sintomas psicóticos e o sofrimento psicológico decorrente tiveram forte influência para ela aderir ao tratamento.

5.4 Jaime

O quarto e último participante, Jaime, tem 44 anos de idade, é natural de uma cidade do interior do Amazonas, tem a cor de pele parda, é solteiro e tem um filho de 16 anos de idade de um relacionamento passado. Ele namora a mesma mulher há 10 anos e nos últimos dois anos mora sozinho em um apartamento alugado. Jaime completou o Ensino Médio e iniciou um curso superior que estava trancado na época da entrevista, mas que ele pretendia retornar para colar grau. Além disso, ele tem formação em nível técnico e trabalha em uma empresa pública federal no estado de Rondônia com renda de aproximadamente R\$ 7.000,00 mensais.

Jaime tem uma família bastante extensa e mantém relação próxima com eles. Seu papel, atualmente, é de provedor para sua família nuclear, pois ele tem o melhor status social e financeiro entre os membros da família. Ademais, seu estilo interpessoal extrovertido e protetor o leva a assumir esta função de suporte para os seus entes queridos. Também possui facilidade em procurar ajuda para lidar com seus próprios problemas, seja recorrendo a familiares ou amigos mais experientes, seja recorrendo ao auxílio de profissionais. As habilidades sociais de Jaime servem como um fator de proteção para os prejuízos causados pelo TUS, ao mesmo tempo em que o estilo extrovertido e eufórico é eliciador do uso de drogas quando está em ambientes festivos, conforme será exemplificado em trechos da entrevista na seção seguinte. Um de seus irmãos mais novos está possivelmente envolvido com o uso de drogas. Porém, a família mantém Jaime afastado desse problema por precaução, uma vez que ele próprio tem um TUS.

O primeiro contato de Jaime com SPA foi durante o período que frequentou a faculdade, quando usou álcool e cocaína em algumas ocasiões. Após trancar o curso na faculdade, perdeu contato com os amigos que eram usuários de drogas, ficou abstinente de cocaína e fazia uso esporádico de álcool sem sofrer prejuízos por isso. Em 2007, quando assumiu o cargo que exerce hoje, mudou-se para uma cidade do interior do estado e voltou a utilizar cocaína e beber com mais frequência e em maior quantidade. Ele estava distante da família e tinha poucos conhecidos. Além disso, sentia-se pressionado para atender às expectativas do novo emprego que exigia novas habilidades e conhecimentos. Neste contexto, o uso de cocaína e álcool fugiu ao seu controle, apesar de não ser visto por ele como um problema que demandasse ajuda na época. Decorreram-se quatro anos até Jaime buscar ajuda com o apoio de seus amigos e familiares e profissionais da saúde.

O início de tratamento para o TUS deu-se em maio de 2012, após conversar com amigos, familiares e a namorada, pediu transferência no trabalho para Porto Velho para ficar próximo da família e ter acesso ao CAPSad. Mesmo motivado para procurar ajuda profissional, Jaime era desconfiado no início e não aderiu aos tratamentos propostos pelos profissionais que lhe atendiam. Achava que não iria funcionar ou minimizava seus problemas com SPA e não descontinuava o uso. Com o agravamento dos prejuízos na vida pessoal e profissional causados pelo TUS, ele se dispôs a trabalhar “ombro a ombro” com os profissionais e aprender sobre o seu problema para buscar soluções.

Desde então, Jaime tem aderido progressivamente ao tratamento e se mostra bastante motivado e empenhado em aprender a controlar seu uso de álcool e cocaína. Não obstante, teve episódios de recaída que foram contornados, retomando a abstinência que perdura por aproximadamente um ano. Após o convite inicial para participar da pesquisa, Jaime buscou a orientação da psicóloga que lhe atende no CAPSad antes de decidir se seria colaborador, demonstrando a relação de confiança que estabeleceu com a equipe de profissionais.

5.4.1 Análise da entrevista semiestruturada.

A entrevista de Jaime aponta para a existência de diferentes situações interpessoais que levam à recaída. A pressão social é mencionada como gatilho na presença de pessoas consumindo bebidas, a disponibilidade de acesso à cocaína e ambientes de euforia. Situações sociais desafiadoras, onde o seu desempenho profissional passará pelo crivo de outros (ameaçando sua autoestima) também aparecem como eliciadoras de estratégias de coping de fuga-esquiva e afastamento usando drogas. Quando desenvolveu o TUS, o álcool e a cocaína foram utilizados como coping emocional, para relaxar e desligar-se da pressão que o novo trabalho representara para Jaime. Com o passar do tempo, a instalação do padrão abusivo de uso dissolveu a função de coping do uso das SPA. Contudo, ficou registrado na memória de Jaime o recurso de coping emocional para enfrentar situações desafiadoras. As avaliações primárias e secundárias feitas antes e nos primeiros momentos da recaída são aparentemente pouco conscientes para ele. Instantes antes de recair sente-se como se houvesse um “bloqueio” que o impede de avaliar conscientemente as consequências de ter uma recaída, o que lhe causaria desconforto. O uso de drogas é então avaliado como algo benéfico, coisas que ele gosta de fazer (“Ali, do que eu gosto tinha tudo. Era cocaína, mulher, bebedeira. Assim, tudo que eu gostava até então. Quase que ainda gosto, só que não posso! Ainda gosto, só que não posso! [riso]”).

Após estar sob o efeito das drogas é que Jaime reavalia os riscos envolvidos no seu comportamento e adota estratégias para retomar a abstinência. Em geral, a aceitação de responsabilidade e o suporte social são utilizados em grande quantidade para lidar com os problemas e minimizar os prejuízos (“Aquilo que eu não tenho capacidade de entender eu busco orientação. Eu não caminho sozinho na vida, eu tenho um grupo de pessoas que caminha comigo”).

Além do mais, o estresse interpessoal desempenha outra função na retomada do tratamento, pois Jaime sente-se envergonhado e ameaçado em sua autoestima e isto o motiva a aderir ao tratamento e recuperar sua imagem pessoal frente aos entes queridos, amigos e colegas de trabalho.

Nota-se no relato de Jaime a aprendizagem do uso de drogas como uma estratégia de coping para lidar com o estresse causado pelo trabalho quando ele se mudou para o interior, morando longe da família. Do mesmo modo, a fala de Jaime faz aludir que sua constituição biológica lhe traz vulnerabilidade ao uso de drogas, pois se refere à inabilidade em perceber os efeitos do álcool no seu organismo, o que o faz procurar a cocaína, como é exemplificado nos dois trechos a seguir:

Tinha toda uma expectativa. Um ambiente totalmente novo pra mim. E toda aquela euforia, me trouxe procurar aquela substância (cocaína) novamente. [...] Deu vontade de usar, trouxe uma sensação muito boa, muito gostosa. De repente, quando eu usava, os meus problemas desapareciam. Eu me sentia o super-homem. E eu acabei enveredando por esse caminho. Eu usava em situações de estresse. Quando acontecia alguma coisa de que ficava muito triste, muito de extremos. Aí, eu saía. Saía para beber. Quando chegava em determinado estado de embriaguez, só a cerveja já perdia a graça. Tinha que misturar com outra coisa. E essa outra coisa era a cocaína.

Mas a grande maioria das vezes eu não tenho esse controle, não tenho nem o controle de quando eu fico bêbado. Tem pessoas que fala ‘não, eu tô bêbado’. Eu não tenho isso. Como é que o cara sabe que ele tá bêbado? (riso). E eu olho pro colega, eu sei que ele tá embriagado. Eu vejo a embriaguez nele, mas em mim eu não vejo. E aí, chega um momento que eu procuro, sabe assim... a substância (cocaína).

Posteriormente, a ameaça à autoestima aparece como um dos motivos de procurar controlar o uso de drogas e procurar tratamento especializado. A falha em cumprir compromissos profissionais também o fez perceber os prejuízos advindos do TUS. Após a tomada de consciência dos problemas relacionados ao TUS e a sua falta de controle sobre o transtorno, o suporte social foi buscado junto à família e profissionais da saúde.

Eu usava de maneira eventual, de modo que isso foi se aprofundando, se aprofundando, cada vez mais, cada vez mais. Chegou ao momento que se eu tivesse

feliz eu procurava droga, se eu tivesse triste eu procurava droga, se eu não tivesse nem feliz nem triste, eu procurava droga da mesma forma. [...] Eu acredito que eu já tinha uma pré-disposição pra me tornar um dependente. Só que eu não tinha essa consciência. Foi algo que demorou muito entre uma situação e a outra. Mas aquilo ficou armazenado de tal modo que me faz crer que eu já tinha essa predisposição. Então, quando eu fui pra esse outro cenário e me encontrei nessa situação (emprego novo) acabei enveredando por esse caminho. [...] No início, eu logo me reestabelecia. Ficava com muita depressão, ficava com vergonha. Comecei a perder alguns compromissos. Aí, eu me vi numa situação, já alguns anos depois, de dependente. Pra eu perceber, demorou uns dois a três anos. Mas pra eu buscar ajuda de profissionais, foram quatro anos.

A situação de recaída que será descrita a seguir ocorreu no contexto de uma grande atividade profissional cercada de expectativa e responsabilidade sobre o seu desempenho. A atividade tinha duração de quatro dias e envolvia grande número de pessoas (70 funcionários). O medo de falhar era visto como uma grande ameaça à autoestima e ao seu status profissional. Somado ao estresse ocasionado pela atividade, o deslocamento da equipe para o local onde seria realizado o trabalho o levou para um ambiente de pressão social para o consumo de substâncias e euforia, quando teve a recaída. A situação muda constantemente e Jaime reavalia o estresse percebido de acordo com as transformações do ambiente ou de suas estratégias de coping, como veremos adiante.

Jaime ficaria hospedado em um município conhecido por ter grande circulação de drogas e prostituição. Ele fez a avaliação primária inicial de ameaça à abstinência se permanecesse uma noite lá. Portanto, procurou uma forma de precaver-se (avaliação secundária) e antes de partir para a viagem tentou buscar um lugar para passar a noite longe do ambiente de pressão social.

Mas, eu com medo. ‘Óh, vai ter esse trabalho’, só que a equipe ia dormir em (nome do município omitido), pra se deslocar no outro dia de manhã bem cedo, por conta da dificuldade de arrumar alojamento lá na cidade. E aí, eu com medo (*avaliação primária*), eu prevendo essa situação, já disse (*avaliação secundária*): ‘olha, não posso dormir em lá, me leva direto para (local de realização do trabalho)’. Não tem problema nenhum dormir lá. Lá tem colchonete, leva lençol essas coisas. E eu fico na própria (local de realização do trabalho). De manhã cedo, já tô lá. Então, tem cerca, tem guarda. (GRIFO NOSSO).

Porém, a estratégia de coping não foi efetivada, pois Jaime não recebeu o suporte necessário para colocar seu plano em prática. O seu superior, responsável pelo deslocamento da equipe de trabalho, recusou atender o seu pedido para designar um carro para levá-lo separado do restante da equipe. Jaime acredita que lhe faltou assertividade para lidar com a situação, ou seja, não foi capaz de fazer respeitar a sua necessidade e submeteu-se ao que o

chefe propôs mesmo ciente dos riscos. Logo, a estratégia de coping avaliada como capaz de contornar a fonte de estresse não foi implementada.

Aí, eu não tive tanta firmeza para defender essa minha necessidade. E acabou que eu estava conversando com o meu chefe e ele falou “ah, Jaime, a gente vai destacar uma camionete só pra te levar lá e tal?”. Eu disse ‘é minha necessidade; não posso, cara’. Inclusive, ele sabe dessa situação, né. ‘Não posso por causa disso, disso, disso’. Mas acabou que não foi feito assim.

Tendo que enfrentar a viagem junto aos colegas de trabalho e passar a noite na cidade onde saberia que seria exposto ao consumo de drogas, Jaime fez uma reavaliação positiva, procurando minimizar a situação e confiar na própria capacidade de manter a abstinência (“Então, eu fui no ônibus. Eu pensei que eu dava conta. Eu falei: ‘Eu vou. Eu vou ficar lá. É só uma noite’”). Contudo, já dentro do ônibus foi exposto a mudanças ambientais que intensificaram a percepção de estresse que ameaçava tanto sua abstinência quanto o desempenho da atividade profissional no dia seguinte. Os colegas iam fazendo brincadeiras, falando sobre a “farra” que fariam de noite. O novo ambiente interpessoal de pressão social para o consumo de álcool e euforia excedeu os recursos de enfrentamento de Jaime.

Ah, me senti assim meio muito agoniado, né. Me senti muito agoniado, porque eu tinha consciência da minha responsabilidade. Eu tinha consciência da minha responsabilidade, né. Eu era a única pessoa que estaria como (especialista da sua área de trabalho). Existia uma expectativa muito grande pra que aquele trabalho desse certo. Era um trabalho gigantesco, era uma estrutura muito grande. E é um serviço super importante. A gente vinha já alinhando esse trabalho há dias. Então, existia essa expectativa muito grande.

Destarte, nota-se a ambiguidade de Jaime em relação à situação. Ao mesmo tempo em que avalia a possibilidade de recair como uma ameaça, também avalia a responsabilidade da atividade como ameaçadora. Logo, o uso de drogas pode ser interpretado tanto como uma consequência de não conseguir manejar a primeira situação (passar a noite em ambiente de pressão social) quanto uma estratégia de coping de afastamento para lidar com preocupação que o trabalho no dia seguinte eliciava. Denotando a complexa relação entre estresse, emoção e coping.

E aí, o que eu percebi, é que tem determinadas situações que eu quero fugir. Sabe, como se fosse criar uma expectativa tamanha, que você às vezes acha que não vai dar conta! Aí você quer fugir. ‘Não eu vou fugir disso aqui’. Mas eu não tenho uma definição se isso é concreto, se aconteceu ali, mas tudo indica a crer que acontece isso comigo.

Mas, assim, ia dentro do ônibus, já vai aquela euforia, já vai aquela galera. E o pessoal, geralmente vai pra esse tipo de atividade, longe da esposa e eles se revelam, né?! E acabam metendo o pé na jaca. Já falam ‘vamos pegar a mulherada, vamos

sair pra beber'. *Foi uma situação estressante*, porque, sabe a gente pensa: “Eu acho que vou conseguir”. Porque tomar uma cerveja, duas cervejas. Tem gente que toma tranquilo. No outro dia tá sossegado. Sabe? Mas comigo não funciona. Comigo não funciona, porque dificilmente eu consigo tomar uma/duas cervejas. (GRIFO NOSSO)

Ao chegar à cidade onde passariam a noite, Jaime estava tomado pelo desejo de beber com os amigos e reavaliou a situação utilizando a estratégia de afastamento para não se sentir culpado ou pensar nos prejuízos de ter uma recaída (“Quando eu decido tá decidido. Aí, eu acho que há um bloqueio pra que eu não fique pensando nessas consequências”). Assim, os recursos de coping que antes estavam empregados em tentar manter-se abstinente, agora eram voltados a conformar-se emocionalmente com o fato de que teria uma recaída (estratégia de afastamento), ao mesmo tempo em que foram ativadas crenças de que poderia controlar o uso (“Eu dou conta”).

Aí, quando eu desci do ônibus, eu só coloquei as minhas coisas lá no quarto e já vim pra lanchonete. E começamos a beber, eu comecei a beber uma, comecei a beber duas. O negócio foi ficando gostoso, ficou mais gostoso ainda. De modo que, quando eu vi, eu já estava pintando o sete!

-Até que momento você ainda estava falando para si mesmo: “vou conseguir, eu dou conta”?

- Consciência não teve, não tive essa consciência. Eu tive o desejo, quando eu desci daquele ônibus, sei lá, já estava com a cabeça virada. Eu já estava conversando com uma colega minha ‘vamos tomar uma, vamos tomar uma’ (riso). A gente não quer dar o braço a torcer. Estava numa briga interna, dentro do ônibus ainda. E eu coloquei a minha bagagem lá e falei “vou ficar nesse quarto aqui”. Eu vim, e aquele povo já bebendo, e aquele negócio, aquela euforia, aquela vontade também de beber. Aí, foi tudo por água abaixo.

- O diabinho no ombro já tinha ganhado?

- Mas ganhou bonito, gente do céu! Aí, eu enfiei o pé na jaca mesmo!

Neste caso, a reavaliação defensiva parece ter sido utilizada como coping emocional que favoreceu o comportamento de recaída, uma vez que manter-se abstinente no ambiente em que estava tornou-se excessivamente estressante. Conforme Jaime contou, a nova reavaliação, que percebe o uso de drogas como dano e ameaça, ocorre já sob efeito das substâncias. Perguntado sobre seus pensamentos momentos antes de ter tido a recaída, ele relata:

-Olha, nesse momento eu dificilmente tenho isso (consciência de que está recaindo). Quando eu decido (usar drogas) tá decidido. Aí, eu acho que há um bloqueio pra que eu não fique pensando nessas consequências (*afastamento*). Me vem quando já tô drogado aí, às vezes, me vem essa situação. Já aconteceu situações de eu tá fazendo uso de substâncias, sozinho – porque se você fizer isso num grupo de pessoas, vai dar problema, né? - de eu jogar fora. Tá usando aqui, e aí: “não, mas eu não posso fazer isso”. Mesmo drogado a ficha cair e eu ir naquele momento ali e eu ir lá no vaso sanitário e puxar a descarga e depois ficar “não podia ter feito isso!”.

O compromisso com atividade profissional agiu como fator de vulnerabilidade ao estresse, junto ao ambiente de pressão social. O uso de SPA como resultado do coping focado na emoção para aliviar a ansiedade causada pela expectativa sobre o trabalho corrobora o histórico pessoal de aprendizagem do uso de álcool e cocaína como fuga para emoções desconfortáveis e intensas. O entrevistador fez uma breve explanação sobre a vulnerabilidade ao estresse quando há compromisso com o evento/atividade. Logo, o fato de Jaime conferir grande importância e estima pelo trabalho que iria desenvolver tornou a situação mais estressante para ele. Ao ouvir a hipótese do entrevistador, confirmou confiante de que havia encaixado mais uma peça do seu quebra-cabeça no enfrentamento do TUS (“Então, é exatamente isso! Você fechou. Você matou a pau. É exatamente isso!”).

Como resultado da recaída descrita, Jaime passou a noite em claro fazendo uso de álcool e cocaína na companhia de duas mulheres. Seus companheiros de trabalho o chamaram pela manhã. Jaime interrompeu o uso de drogas, mas ele não teve condições de conduzir suas responsabilidades no mesmo dia. A percepção de estresse por ter desapontado seus colegas de trabalho e superiores (ameaça ao posto profissional) foram seguidos por estratégias de coping focadas em resolver os problemas, buscando suporte social para lidar com o problema, interrompendo o uso de drogas para minimizar os prejuízos e procurando sanar os danos já causados. Então, adiaram a sua atividade para o dia seguinte, quando ele conseguiu realizar as funções de que estava encarregado. Após este episódio, Jaime sofreu restrições na instituição em que trabalha e estava, até a época da entrevista, reconquistando a confiança dos seus superiores no trabalho.

5.4.2 Análise do prontuário

O prontuário de Jaime documenta o início do tratamento em maio de 2012. Ele buscou o tratamento para o uso de álcool, cocaína e tabaco por indicação da namorada que é enfermeira. Na época, não havia contado para os familiares sobre o tratamento, mas todos sabiam do seu problema com drogas. No primeiro ano de acompanhamento, os registros mostram que Jaime não estava motivado para o tratamento e continuava usando cocaína regularmente. Então, entre de junho de 2013 e agosto de 2015, mostra progressiva adesão ao tratamento e começa a ter períodos de abstinência cada vez maiores. Registra-se que ele passou a reconhecer que tinha um problema “pior do que imaginava”.

Os episódios de uso eram associados ao ambiente social de festas e contato com outros usuários de álcool e cocaína. Há registros de recaídas relacionadas a problemas no

relacionamento com a namorada e repercussões negativas na empresa pública em que trabalha. Também há referência a sonhos com o uso de cocaína. A partir de agosto de 2015, percebe-se maior adesão ao tratamento, maior regularidade e sucesso em manter a abstinência.

Há o registro médico de “tratamento para dependência química”, porém não consta com o código da CID-10. Isto demonstra certa fragilidade no sistema de notação de dados nos protocolos mantidos pela instituição. Pois, esperava-se encontrar esta informação disponível, exceto em casos nos quais o TUS não estivesse presente, excepcionalidade em que Jaime não se encontra.

5.4.3 Análise do Inventário de Estratégias de Coping

O evento disparador escolhido para a resposta ao inventário foi a situação em que Jaime teve uma recaída durante viagem a trabalho. Ele vinha trabalhando até sessenta horas por semana como forma de se manter ocupado para evitar o risco de recair. Estava indo para um trabalho importante, que envolvia grande expectativa sobre o seu desempenho, pois ele era o único técnico da sua área que iria vistoriar as instalações da empresa com cerca de setenta funcionários durante quatro dias. A equipe iria passar a noite anterior no município vizinho onde teriam melhor acesso a hospedagem. Este município é conhecido por abrigar grande número de bares e ter circulação de drogas e prostituição. Antes da viagem, ele havia pedido ao seu chefe que o levasse em um carro separado direto para as instalações da empresa, para não ficar a noite naquela cidade, pois seria uma ameaça para ele (“lá tem tudo que eu gosto!”). Contudo, a primeira estratégia não foi bem-sucedida e Jaime foi com a equipe no ônibus da empresa até a hospedagem onde passariam a noite.

Dentro do ônibus, os colegas estavam empolgados com a viagem. Falavam em fazer uma “farra” (“vamos pegar a mulherada, vamos sair pra beber!”). O ambiente de euforia e animação é um dos gatilhos para o uso de SPA, conforme Jaime relatou na entrevista. Após a recaída que durou apenas uma noite, Jaime perdeu o primeiro dos quatro dias de trabalho, pois ficou toda a madrugada usando bebidas alcóolicas e cocaína na companhia de duas mulheres em seu quarto de hotel. Além disso, ele ficou com a reputação manchada junto aos seus superiores que lhe impuseram restrições funcionais. Até a data da entrevista, Jaime ainda lidava com as consequências desta recaída no ambiente de trabalho e a equipe do CAPSad vinha desempenhando importante papel validando a reabilitação dele. Na resposta ao inventário Jaime relatou as estratégias de Reavaliação Positiva (2,44), Suporte Social (2,16),

Aceitação de Responsabilidade (2,14) e Resolução de Problemas (2) como as mais utilizadas. As demais estratégias apresentaram uma distribuição regular, conforme apresentado na tabela 7.

Tabela 7 - Escores Fatoriais do Inventário de Estratégias de Coping (Jaime)

Fator	Escore Médio
Confronto	1,5
Afastamento	1,71
Autocontrole	1,6
Suporte Social	2,16
Aceitação de responsabilidade	2,14
Fuga-esquiva	1,5
Resolução de Problemas	2
Reavaliação positiva	2,44

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 8, a seguir, apresenta os itens apontados com a resposta “*utilizei em grande quantidade*” (pontuação 3 da escala likert do Inventário de Estratégias de Coping). Adicionalmente, é indicado o fator correspondente, quando aplicável.

Tabela 8 – Estratégias do Inventário de Estratégias de Coping Utilizadas em Grande Quantidade (Jaime)

Item	Fator Correspondente
12 – Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	Item sem fator
17 – Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	Confronto
19 – Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem.	Item sem fator
21 – Procurei esquecer a situação desagradável.	Afastamento
22 – Procurei ajuda profissional.	Suporte Social
23 – Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	Reavaliação Positiva
25 – Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	Aceitação de responsabilidade
26 – Fiz um plano de ação e o segui.	Resolução de Problemas
29 – Compreendi que o problema foi provocado por mim.	Aceitação de responsabilidade
30 – Saí da experiência melhor do que eu esperava.	Reavaliação Positiva
38 – Redescobri o que é importante na vida.	Reavaliação Positiva
39 – Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	Reavaliação Positiva
42 – Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	Suporte Social
45 – Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	Suporte Social
46 – Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	Resolução de Problemas
49 – Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	Resolução de Problemas
51 – Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	Item sem fator
60 – Rezei.	Reavaliação Positiva

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.4 Triangulação dos dados (Jaime)

O estresse interpessoal esteve presente no relato da recaída de Jaime e foi também identificado no seu prontuário. No caso da recaída descrita, observou-se pressão social para o consumo e a expectativa de ser bem avaliado pelo trabalho que ele iria realizar. A pressão social para realizar uma atividade profissional importante com a participação de dezenas de pessoas e o convite dos colegas para beber foram gatilhos da sua última recaída. No prontuário também são identificados conflitos com familiares e com a namorada, com pelo menos um relato de recaída relacionado à crise no relacionamento amoroso. O consumo de drogas foi principalmente vinculado a sentimentos positivos de euforia e prazer e não teve o caráter de reforço negativo (usar drogas para amenizar desconforto físico ou emocional). Fora a falha em utilizar uma estratégia de resolução de problemas para proteger-se do ambiente de pressão social que o deixou exposto à recaída. A estratégia de afastamento foi utilizada como

coping emocional para lidar com a sua “derrota” para o desejo de beber com os colegas de trabalho. Assim, ele bloqueou a preocupação com as consequências de passar a noite consumindo drogas antes da atividade importante que teria no dia seguinte. Na figura 6, é apresentado o fluxograma da relação dinâmica entre as variáveis estudadas.

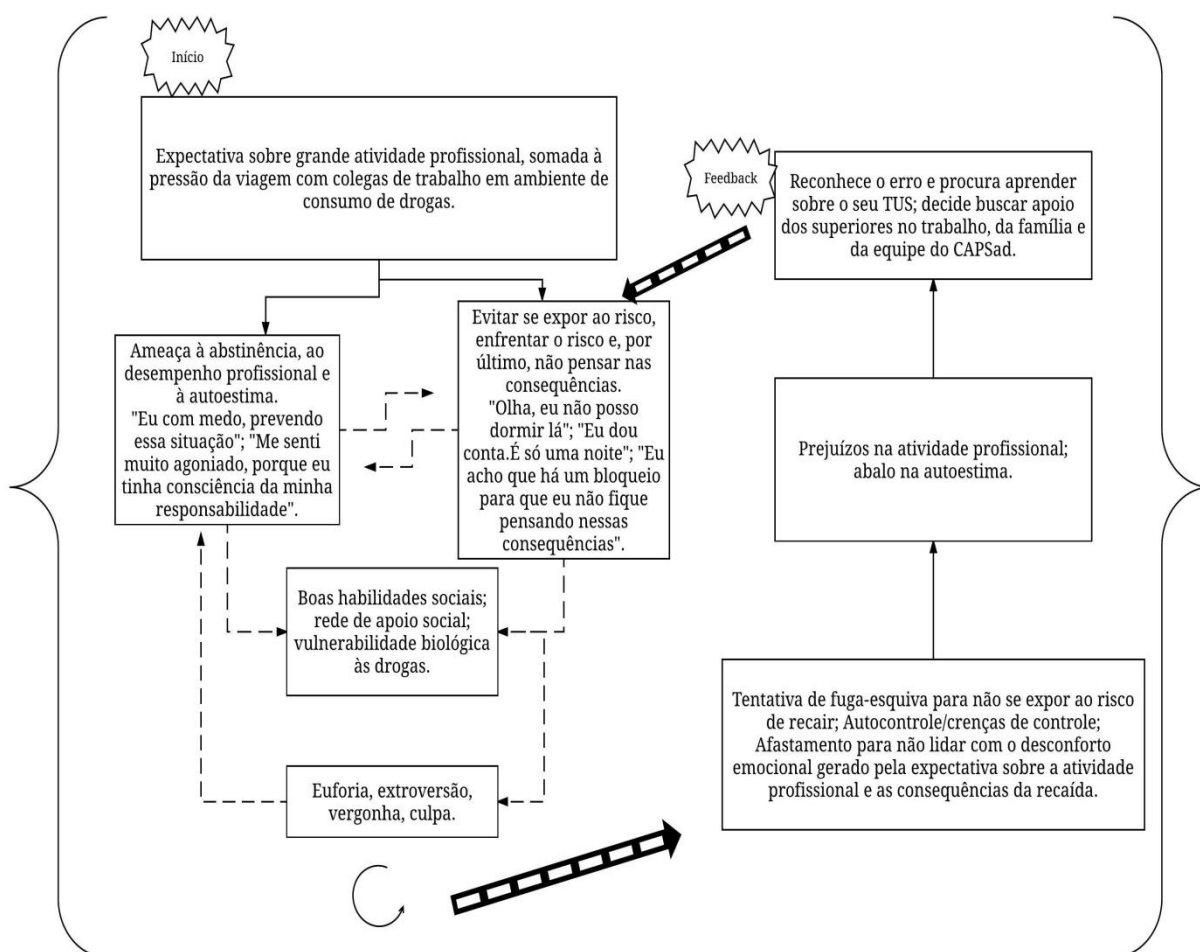


Figura 6 - Dinâmica de estresse interpessoal, coping e recaída (Jaime)

Fonte: Dados da pesquisa.

Jaime demonstrou perfil pró-social, com sinais de boa competência social (comunicação durante a entrevista, ser líder na família, posição no trabalho, busca por suporte social etc.). Logo, seus recursos de coping sociais favorecem a manutenção do tratamento e progressiva adesão demonstrada no prontuário e por ele relatada. As habilidades sociais bem desenvolvidas de Jaime facilitam o recurso a essa estratégia de coping, por exemplo, o estilo comunicativo e extrovertido que pode fornecer pistas sobre o tipo de apoio que precisa receber (“Eu sou muito boca aberta. Eu falava para todo mundo. Quando eu tava drogado, eu ligava para as pessoas falando e buscava ajuda”). Além do mais, a elevada autoestima de

Jaime pode estar relacionada a uma maior busca e percepção de suporte emocional da sua rede de apoio (DUNKEL-SHETTER; FOLKMAN; LAZARUS, 1987).

Durante entrevista, o conflito amoroso pelo qual Jaime passou não foi mencionado. Infere-se que a ausência desta informação pode ter sido consequência do tempo limitado da entrevista, da falta de familiaridade com o entrevistador ou simplesmente porque o conflito estava amenizado ou resolvido na ocasião. Outro choque de informações entre prontuário e entrevista refere-se à presença de queixas sobre conflitos familiares no primeiro e preponderância da família como uma rede de apoio na última. Mais uma vez, não necessariamente uma informação contradiz a outra. É possível que no momento da entrevista suas relações familiares estivessem passando por um momento de mais harmonia. Portanto, a descrição das relações familiares como recursos para enfrentar o TUS e não como fonte de estresse que leva à recaída pode representar o momento atual de Jaime. Lazarus e Folkman (1984) já descreviam as relações interpessoais como recursos de coping e como fontes de estresse.

O aprendizado do uso de drogas como estratégia de coping quando Jaime começou a trabalhar em outra cidade, num novo emprego, é compatível com o modelo teórico. Entre as características descritas por Jaime sobre o contexto de novo emprego estão: a novidade, empolgação e euforia, isolamento social e expectativa sobre o seu desempenho. Estas variáveis são apontadas por Lazarus e Folkman (1984) como fatores ambientais e pessoais que influenciam a percepção de estresse. Na resposta ao questionário, Jaime aponta o uso de drogas como estratégia usada para lidar com a pressão social, além do mais, seu prontuário aponta que ele teve ao menos uma recaída após uma briga com a sua namorada e convites para usar substâncias.

O relato de Jaime, somado às informações do prontuário e do Inventário de Estratégias de Coping, aponta para um complexo processo de reavaliação de um evento estressante que envolve questões intrapessoais (autoestima, crenças de controle) e interpessoais (pressão social, status social, preocupação em decepcionar o outro) acompanhado por mudanças de humor e de estratégias de coping. As duas hipóteses sobre a relação entre coping e uso de drogas são contempladas na recaída de Jaime (COOPER et al, 1992; COOPER et al, 1995). Isto é, a falha em adotar estratégias de coping para eliminar a fonte de estresse o deixara exposto ao uso. Posteriormente, o desejo de bloquear o desconforto causado pela cobrança do trabalho e da manutenção da abstinência em ambiente de pressão social para o uso de drogas o levaram à adoção de estratégias focadas na emoção (afastamento e uso de drogas), para não pensar nos prejuízos que teria em decorrência do seu comportamento.

6 ANÁLISE CRUZADA E LIÇÕES APRENDIDAS

Em todas as situações de recaída estudadas foram encontradas situações de estresse interpessoal. Os tipos de estressores interpessoais variaram de caso para caso e dentro do mesmo caso enquanto a situação de desdobra. Foram identificados: pressão social direta e indireta para o consumo de substâncias, conflito com familiares e pessoas próximas, mágoa e culpa por ter decepcionado ou chateado alguém importante e pressão para cumprir metas sociais.

Uma pesquisa intercultural demonstrou que populações com elementos culturais diferentes (norte americanos e japoneses) diferem não apenas quanto ao tipo de situações interpessoais que são estressantes, mas também em quanto são afetados pelo estresse interpessoal (HASHIMOTO; MOJAVERIAN; KIM, 2012). Assim, presume-se que as diferenças individuais entre pessoas culturalmente semelhantes tiveram a função de definir o que foi ou não estressante para os participantes da presente pesquisa. Porém, os estressores interpessoais do tipo conflito e pressão social para consumo de drogas, considerados os mais comuns para as pessoas em tratamento para TUS (RIGOTTO; GOMES, 2002; MARLATT; DONOVAN, 2009), foram também identificados nos quatro casos estudados. A preocupação em ter magoado outrem ou sentir-se ameaçado de ser afastado ou perder o contato com um ente querido foi um tipo de estresse interpessoal também relacionado com a recaída nos casos aqui estudados. Foi demonstrado que a preocupação em ter magoado outrem é um dos tipos mais frequentes de estresse interpessoal e que aspectos culturais interferem na sua ocorrência, por exemplo, sendo mais comum entre japoneses do que entre norte-americanos (KATO, 2013; HASHIMOTO; MOJAVERIAN; KIM, 2012). Portanto, investigar melhor a relação entre a preocupação por ter ferido os sentimentos de uma pessoa querida e a recaída pode ser profícuo para os tratamentos dos TUS. Compreender quais características pessoais e da rede de apoio social estão envolvidas neste fenômeno podem ajudar a direcionar as intervenções.

As avaliações primárias de ameaça foram bastantes presentes no relato dos participantes momentos antes da recaída (não conseguir ficar abstinente, perder a estima de entes queridos, ser afastado do filho, não ser validado/reconhecido pelos próprios familiares). Também houve avaliações primárias de dano (ser um dependente químico, ter perdido oportunidades na vida e ter poucos recursos financeiros, ter prejudicado o desenvolvimento dos filhos/família, não ter controle sobre o comportamento de uso de drogas). E as avaliações de desafio estiveram presentes tanto antes da recaída (vou conseguir, eu dou conta) quanto na retomada da abstinência. Notou-se que as avaliações de ameaça foram mais presentes como

eliciadores de estratégias de coping focado na emoção e relacionadas com as recaídas. Por outro lado, as avaliações de dano e desafio estiveram mais presentes no momento de interrupção da recaída e retomada do tratamento, sendo possivelmente um importante recurso para a prevenção de recaídas e redução de danos. As estratégias de coping focadas no problema já foram identificadas como tendo melhores resultados adaptativos do que o coping com função emocional (FOLKMAN; LAZARUS; DUNKEL-SCHETTER; DELONGIS; GRUEN, 1986).

O uso de drogas esteve presente nas avaliações secundárias (escolha de coping) frente à percepção de estresse interpessoal em todos os casos. Em geral, a intoxicação causada pelas substâncias foi vista como uma forma de coping emocional para “anestesiá-lo” o desconforto. Estas avaliações secundárias variaram entre plenamente conscientes e pouco conscientes no momento da recaída. O nível de consciência do indivíduo sobre a mediação cognitiva no estresse transacional foi discutido por Lazarus (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LAZARUS, 2000) e o relato das entrevistas aqui apresentadas indica que houve pouca consciência envolvida na avaliação secundária dos participantes quando decidiram usar drogas como forma de coping emocional. Isto não significa dizer que estas estratégias foram automatizadas ou reflexas, pois eventos interpessoais adicionaram demandas que superaram os recursos de enfrentamento disponíveis. Portanto, foi preciso mobilizar esforços individuais e sociais em todos os casos analisados que resultaram em recaída, seja a recaída como coping emocional ou resultado de adotar uma estratégia de enfrentamento desadaptativa. Notou-se ainda que a avaliação de que o uso de drogas era um recurso para amenizar o impacto emocional gerado por um estressor interpessoal ocorreu junto à percepção de que não haveria nada mais que pudesse ser feito. O delineamento da presente pesquisa, com a utilização de entrevistas em profundidade, foi fundamental para a percepção de tais nuances. O teste de recursos metodológicos é de grande importância para o aperfeiçoamento das pesquisas sobre coping (LAZARUS, 2000).

O consumo de drogas foi, em parte, utilizado como estratégia de coping emocional em todos os casos. Também apareceu como resultado desadaptativo da falha em utilizar uma estratégia de coping para lidar com o estresse interpessoal e outras fontes de estresse. Confirmando as hipóteses já levantadas e corroborando a literatura (COOPER et al., 1992; COOPER et al., 1995; TENNEN et al., 2000). A hipótese de “dar um passo atrás” (*fallback*), proposta por Rothbaum, Weisz, and Snyder's (1980) e verificada por Tennen et al (2000) com design de pesquisa avançado, postula que o uso de estratégias de coping para lidar com as emoções provocadas por um evento estressante tentem a aparecer junto ou depois de uma

estratégia focada no problema. Por sua vez, as estratégias de coping direcionadas para eliminar ou lidar com a fonte de estresse são mais passíveis de ocorrerem sozinhas (TENNEN et al., 2000). Já a hipótese do uso como coping emocional para lidar com o estresse interpessoal foi fortemente suportada nos casos estudados. Diversas pesquisas apontaram a hipótese do reforço negativo de emoções desagradáveis como uma variável relacionada com a recaída (HUFFINE; FOLKMAN; LAZARUS, 1989; RIGOTTO; GOMES; 2002; BROWN et al., 2008; JOHNSON et al., 2008; MARSHAL et al., 2008). Adicionalmente, a aprendizagem prévia do uso de SPA para fuga e afastamento de emoções desconfortáveis decorrentes do estresse interpessoal esteve presente, mesmo se a experiência anterior fora com estressores de outra natureza.

Lazarus e Folkman (1984) defenderam que o uso das duas funções de coping (emoção-problema) tende a ocorrer simultaneamente em praticamente todas as ocasiões estressantes. Contudo, a prevalência de uma ou outra foi considerada uma função da percepção de controle sobre o evento. Como já dito anteriormente, eventos vistos como controláveis são enfrentados com estratégias focadas no problema, e eventos vistos como fora do controle são enfrentados mudando-se os sentimentos do indivíduo sobre o que está acontecendo. Os casos estudados ofereceram exemplos deste fenômeno, como exposto a seguir.

Alex engaja-se no uso de álcool após pensar que o futuro do casamento está nas mãos da sua esposa (“Se não me quiser mais, tudo bem”) e se vê incapaz de lidar com o problema da bebida e com a crise conjugal (“Já tô sal, vou continuar no sal”). Prometeu, quando se sente ameaçado em perder contato com o filho, se vê completamente desprovido de recursos para assumir suas funções paternas (“Eu não via como que eu podia dar a volta naquela situação”). Durante a discussão com a mãe do seu filho pensou em usar a confrontação, agredir ela era o seu último suspiro. Porém, calculou as consequências e desistiu da ideia, voltando a ficar sem controle sobre a situação. As drogas serviram como uma forma de esquecer o problema (“Não vou encerrar isso de frente. Fui pra droga”). No caso de Eva, parecia impossível alcançar a confiança dos seus familiares, o que trouxe um sentimento de invalidação bastante penoso para ela. Também utilizou as drogas como uma resposta à raiva e desconforto emocional da situação que estava fora do seu alcance. Por último, Jaime tentou recorrer a uma estratégia que buscava eliminar a fonte de ameaça para a sua abstinência, contudo falhou. O desenrolar dos eventos trouxe progressivo aumento no estresse percebido até o ponto que não tinha mais controle sobre o desejo de usar drogas. Então, ele usou o afastamento para tornar a situação menos penosa ou justificável (“Eu dou conta”; “Eu tenho

um bloqueio e evito ficar pensando nessas consequências”). Assim, os quatro estudos de casos clínicos apresentaram dados sobre a dinâmica entre estratégias de coping focadas no problema e na emoção de acordo com a percepção de controle sobre os eventos interpessoais estressantes. Sugere-se que a percepção de controle sobre eventos interpessoais estressantes pode sofrer influência da competência social do indivíduo e dos interlocutores, o que pode ser averiguado em pesquisas futuras.

As estratégias de coping são variáveis importantes para prever o sucesso em manter a modificação do comportamento de abuso de SPA (MARLATT, 2005). Por sua vez, essas estratégias são influenciadas pelas avaliações cognitivas que a pessoa faz da sua interação com o meio ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Nos casos estudados, a avaliação de falta de recursos de coping para manejar situações de estresse interpessoal esteve presente em todas as ocasiões de recaída analisadas, seja no lapso inicial ou no insucesso em retomar a abstinência após o lapso. Nestes casos, a avaliação secundária de que o estresse interpessoal não era manejável esteve relacionada com o uso de estratégias de coping emocional para lidar com sentimentos de rejeição, vergonha e raiva (baixa autoestima). Tennen et al (2000) demonstrou por meio de uma pesquisa longitudinal que o coping emocional tende a ser utilizado após a falha em adotar estratégias de coping focado no problema no dia anterior. Na pesquisa que investigou as estratégias de coping utilizadas por pacientes com dores crônicas causadas pela artrite reumatoide com uma abordagem longitudinal de registro diário, os autores identificaram que, quando uma pessoa utilizou coping focado no problema ontem e sua sensação de dor aumentou hoje, há maior chance de uma estratégia focada na emoção ser utilizada (TENNEN et al., 2000), podendo assim aumentar o risco de recaída.

Possivelmente pelo histórico de aprendizagem de cada indivíduo, a estratégia focada na emoção utilizada foi o consumo de SPA. Após o uso, fica evidente o desprendimento momentâneo das preocupações com os seus relacionamentos interpessoais prejudicados (afastamento, fuga-esquiva), como ilustrado na discussão dos casos.

O déficit em recursos sociais de coping (incluindo habilidades sociais, rede de apoio, conhecimento dos órgãos de saúde pública e privada etc.) foi considerado um fator de risco para recaída nas situações de estresse interpessoal analisadas. E o suporte social, seja ativamente buscado ou recebido passivamente, foi preponderantemente utilizado na retomada do tratamento, corroborando os achados de Rigotto e Gomes (2002) que identificaram o suporte social como o principal fator envolvido na manutenção da abstinência. O suporte social foi utilizado com resultados positivos na retomada da abstinência em todos os casos.

Não apenas a quantidade, mas também a qualidade da rede de apoio social teve impacto sobre as estratégias de coping. Por exemplo, a mesma pessoa que representou suporte social para lidar com o TUS em um momento foi um estímulo interpessoal estressante outra hora, como no caso de Alex e sua esposa, Prometeu e a mãe do seu filho, Eva com seu amigo José e sua mãe e Jaime com os colegas de trabalho. A qualidade do suporte social foi mais importante que a quantidade de pessoas na rede de apoio no estudo de Fitzell e Pakenham (2010), que avaliou se o modelo transacional de estresse e coping foi capaz de prever resultados relacionados à qualidade de vida de cuidadores de pacientes com câncer. Isso indica que investir esforços na qualidade das relações dos pacientes com pessoas próximas e significativas pode ser um alvo melhor do que buscar simplesmente aumentar o número de contatos sociais deles. Destaca-se que as equipes especializadas em saúde mental integram parte importante da rede de apoio social para pessoas em recaída buscarem ou receberem ativamente suporte.

As respostas ao Inventário de Estratégias de Coping demonstram que alguns dos participantes se ativeram ao processo de recaída até a retomada da abstinência. Por exemplo, indicando a procura por ajuda profissional como uma estratégia usada em grande quantidade, mesmo que tenha lançado mão da estratégia depois de vários dias de recaída. Outros participantes se ativeram ao momento do lapso inicial e, mesmo que depois tenham lançado mão da estratégia de buscar auxílio profissional, não marcaram esta alternativa. Apesar da instrução padronizada do pesquisador, para que respondessem ao inventário com base na situação disparadora, a característica dinâmica do processo de estresse e coping e da recaída refletiu-se nas diferentes formas de responder ao teste. Lazarus e Folkman (1984) já apontavam que o processo de estresse e coping pode durar poucos minutos, horas, dias ou até anos. As características do evento estressor e fatores individuais influenciam essa variável. Considera-se que fatores ligados aos eventos estressores e diferenças individuais entre os participantes foram determinantes das diferentes perspectivas de tempo observadas nas respostas ao Inventário de Estratégias de Coping. Esta observação sugere uma possível relação entre diferentes tipos de estratégia de coping, a recaída e a retomada do tratamento. Os dados apresentados sugerem a hipótese de que estratégias de fuga-esquiva e afastamento são utilizadas nas situações de estresse interpessoal em que há recaída, e as estratégias de aceitação de responsabilidade, suporte social e resolução de problemas facilitam a retomada da abstinência, portanto, a volta e a adesão ao tratamento.

7 CONCLUSÃO

O uso do delineamento de estudo de casos múltiplos é pioneiro na pesquisa de estresse transacional e questões relacionadas ao estresse interpessoal na recaída ao uso de drogas. As dificuldades metodológicas nos estudos em estresse e coping têm sido uma preocupação desde os primeiros esforços de pesquisas na área (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) e continuaram progressivamente fazendo avanços (LAZARUS, 2000; TENNEN et al., 2000). Sendo ainda necessária a adaptação de delineamentos mais sofisticados, por exemplo, o método de avaliação ecológica momentânea (*Ecological Momentary Assessment* – EMA) (SHIFFMAN; STONE; HUFFORD, 2008). Uma das limitações deste estudo foi o corte transversal de caráter retrospectivo. Pesquisas futuras podem se beneficiar utilizando uma abordagem longitudinal e prospectiva, como no estudo clássico de Folkman e Lazarus (1980) sobre a relação entre avaliação cognitiva e coping ou o modelo de registros diários (TENNEN et al, 2000) e o EMA (SHIFFMAN; STONE; HUFFORD, 2008).

Destaca-se, contudo, o potencial que a abordagem de estudo de caso aqui utilizada tem para aproximar a pesquisa da prática clínica. Desta feita, a presente pesquisa oferece uma ferramenta para profissionais se apropriarem do modelo de interpretação ou conceituação dos problemas clínicos a partir da teoria transacional de estresse e coping, o que pode contribuir para intervenções mais eficazes. Importa registrar que não se pretendeu fazer inferências de causa sobre os fenômenos estudados. As relações interpessoais e os recursos de coping disponíveis para lidar com demandas estressantes provenientes deste contexto social foram consideradas como parte de um sistema complexo de variáveis que afetam a recaída. Acredita-se que a observação acurada das situações de estresse interpessoal, recursos e déficits de coping pode contribuir significativamente para o planejamento de tratamentos.

Nos casos estudados, percebeu-se a mediação do estresse psicológico, decorrente das relações interpessoais, como fator importante no fenômeno da recaída e que se deu de diferentes maneiras. O estresse interpessoal esteve presente como disparador do lapso inicial e ou como fator de manutenção do lapso até uma recaída completa. Curiosamente, o estresse interpessoal também teve papel inverso, de manutenção da abstinência ou fortalecendo comprometimentos com entes queridos e catalisando momentos de tomada de decisão baseada em tais compromissos interpessoais. O coping para lidar com estresse pessoal relacionou-se com a recaída sendo, na maioria dos casos, estratégias de afastamento para lidar com conflitos interpessoais, ameaça a um ente querido, sentimento de ter decepcionado o outro, sentir que o outro não confia ou não acredita na capacidade de manejar o problema com drogas, pressão

social para consumo e pressão para realização de tarefas que envolvem grande responsabilidade e comprometimento com outras pessoas.

Considera-se que a maior contribuição da presente pesquisa se refere ao papel complexo e dinâmico da rede de suporte social sobre a pessoa em tratamento para TUS. Assim como preconizado pela teoria transacional de estresse e coping, as relações interpessoais têm papéis complexos e, por vezes, ambíguos e excludentes. Podem facilitar a recuperação ou mesmo evitar que um lapso se desenvolva para uma completa recaída, mas, noutro momento, podem ser o gatilho da recaída e/ou fator de manutenção do consumo de SPA. Desta feita, os recursos de coping da pessoa em tratamento e dos membros da sua rede de apoio social podem ser identificados em busca de déficits e recursos potenciais de coping social que devem ser trabalhados ao longo das intervenções psicoterapêuticas. Estudos futuros podem investigar como as avaliações cognitivas e estratégias de coping utilizadas pelas pessoas próximas ao paciente com TUS afetam o tratamento. Levanta-se a hipótese que maximizar pontos fortes e desenvolver habilidades com foco em minimizar o impacto do estresse interpessoal como precipitante ou mantedor da recaída ao uso problemático de substâncias psicoativas pode aumentar a eficácia dos tratamentos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIAZZI; DEL'AGLIO; BANDEIRA. O conceito de coping. **Psicologia em estudo**, v. 3, n. 2, 273-294, 1998.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** (Edição revista e ampliada). São Paulo: Edições 70, 2011
- BLALOCK, Janice A. et al. The relationship of childhood trauma to nicotine dependence in pregnant smokers. **Psychology of addictive behaviors**, v. 25, n. 4, p. 652, 2011.
- BORNOVALOVA, Marina A. et al. Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. **Drug and alcohol dependence**, v. 122, n. 1, p. 70-76, 2012.
- BROWN, Richard A. et al. Distress tolerance and early smoking lapse. **Clinical psychology review**, v. 25, n. 6, p. 713-733, 2005.
- BROWN, Richard A. et al. Distress tolerance treatment for early-lapse smokers rationale, program description, and preliminary findings. **Behavior modification**, v. 32, n. 3, p. 302-332, 2008.
- CASTRO, Thiago G. de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge C. Análise de conteúdo em pesquisas de psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, n. 4, p. 814-825, 2011.
- COOPER, M. Lynne et al. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. **Journal of abnormal psychology**, v. 101, n. 1, p. 139, 1992.
- COOPER, M. Lynne et al. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. **Journal of personality and social psychology**, v. 69, n. 5, p. 990, 1995.
- CORDEIRO, Daniel C. Dependência química: conceituação e modelos teóricos. In: Zanelatto, Neide A.; Laranjeira, Ronaldo. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- DUNKEL-SCHETTER, Christine; FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. Correlates of social support receipt. **Journal of personality and social psychology**, v. 53, n. 1, p. 71, 1987.

- D’ZURILLA, Thomas J.; NEZU, Arthur M. **Terapia de solução de problemas: uma abordagem positiva à intervenção clínica**. São Paulo: Roca, 2010.
- FARO, André; PEREIRA, Marcos E. Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 14, n. 1, p. 78-100, 2013.
- FEITOSA, Fabio Biasotto. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. **Psicologia: ciência e profissão**, p. 488-499, 2014.
- FITZELL, Amber; PAKENHAM, Kenneth I. Application of a stress and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 11, p. 1171-1178, 2010.
- FOLKMAN, Susan. Stress, health and coping: an overview. In: Folkman, S. (org.). **The oxford handbook of stress and coping**. Oxford, England: Oxford University Press, 2011.
- FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of health and social behavior**, p. 219-239, 1980.
- FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of personality and social psychology**, v. 48, n. 1, p. 150, 1985.
- FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S.; DUNKEL-SCHETTER, Christine; DELONGIS, Anita; GRUEN, Rand J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter options. **Journal of personality and social psychology**, v. 50, n. 5, 992-1003, 1986.
- FOLKMAN, Susan; BERNSTEIN, Linda; LAZARUS, Richard S. Stress processes and the misuse of drugs in older adults. **Psychology and aging**, v. 2, n. 4, p. 366, 1987.
- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HASHIMOTO, Takeshi; MOJAVERIAN, Taraneh; KIM, Heejung S. Culture, interpersonal stress, and psychological distress. **Journal of cross-cultural psychology**, v. 43, n. 4, p. 527-532, 2012.
- HENDERSHOT, Christian S.; WITKIEWITZ, Katie; GEORGE, William H.; MARLATT, G. Alan. Relapse prevention for addictive behaviors. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2011.

- HIGLEY, Amanda E. et al. Craving in response to stress induction in a human laboratory paradigm predicts treatment outcome in alcohol-dependent individuals. **Psychopharmacology**, v. 218, n. 1, p. 121-129, 2011.
- HILDEBRAND, Natália A. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.
- HUFFINE, Carol L.; FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. Psychoactive drugs, alcohol, and stress and coping processes in older adults. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 15, n. 1, p. 101-113, 1989.
- HUNTER-REEL, Dorian; MCCRADY, Barbara; HILDEBRANDT, Thomas. Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. **Addiction**, v. 104, n. 8, p. 1281-1290, 2009.
- JOHNSON, Kirsten A. et al. Linkages between cigarette smoking outcome expectancies and negative emotional vulnerability. **Addictive behaviors**, v. 33, n. 11, p. 1416-1424, 2008.
- KATO, Tsukasa. Assessing coping with interpersonal stress: development and validation of the interpersonal stress coping scale in Japan. **International perspectives in psychology: research, practice, consultation**, v. 2, n. 2, p. 100-115, 2013.
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal, and coping**. Springer Publishing Company LLC, 1984.
- LAZARUS, Richard S. A cognitivist's reply to Zajonc on emotion and cognition. **American psychologist**, v. 36, n. 2 (fev), p. 222-223, 1981.
- _____. Theory-based stress measurement. **Psychological inquiry**, v. 1, n. 1, p. 3-13, 1990.
- _____. **Stress and emotions: a new synthesis**. Springer Publishing Company, 1999.
- _____. Toward Better Research on Stress and Coping. **American Psychologist**. v. 55, n. 6 (jun), p. 665-673, 2000.
- LEJUEZ, C. W. et al. Anxiety sensitivity: A unique predictor of dropout among inner-city heroin and crack/cocaine users in residential substance use treatment. **Behaviour research and therapy**, v. 46, n. 7, p. 811-818, 2008.
- LEYRO, Teresa M.; ZVOLENSKY, Michael J.; BERNSTEIN, Amit. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. **Psychological bulletin**, v. 136, n. 4, p. 576, 2010.

- LYON, B. L. Stress, coping and health: a conceptual overview (update). In: Rice, V (ed.). Handbook of stress, coping and health. Washington DC, EUA: Sage, 2012.
- MACPHERSON, Laura; STIPELMAN, Brooke A.; DUPLINSKY, Michelle; BROWN, Richard A.; C. W. LEJUEZ. Distress tolerance and pre-smoking treatment attrition: examination of moderating relationships. **Addictive behaviors**, v. 33, n. 11 (nov), p. 1385–1393, 2008.
- MARLATT, Gordon A.; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção da recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Artmed, 2009.
- MARSHALL, Erin C. et al. Evaluation of smoking characteristics among community-recruited daily smokers with and without posttraumatic stress disorder and panic psychopathology. **Journal of anxiety disorders**, v. 22, n. 7, p. 1214-1226, 2008.
- MYERS, Mark G. et al. Adolescent first lapse following smoking cessation: Situation characteristics, precipitants and proximal influences. **Addictive behaviors**, v. 36, n. 12, p. 1253-1260, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças. São Paulo: Edusp, 1994.
- PAIS-RIBEIRO, José; SANTOS, Carla. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 4, p. 491-502, 2001.
- RAMO, Danielle E. et al. Variation in substance use relapse episodes among adolescents: A longitudinal investigation. **Journal of substance abuse treatment**, v. 43, n. 1, p. 44-52, 2012.
- RIGOTTO, Simone D.; GOMES, William B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.
- ROTHBAUM, Fred; WEISZ, John R.; SNYDER, Samuel S. Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. **Journal of personality and social psychology**, v. 42, n. 1, p. 5, 1982.
- SARTRE, Jean-Paul. **Entre quatro paredes**. Civilização Brasileira, 2006. Disponível em: http://www.planonacionaldeleitura.gov.pt/clubedeleituras/upload/e_livros/cle000073.pdf, Acesso em: 23/01/2017.
- SAVÓIA, Mariangela G.; SANTANA, Paulo R.; MEJIAS, Nilce P.. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996.

- SERRA, A V. Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. **Psiquiatria clínica**, v. 9, n. 4, p. 301-316 1988.
- SHAUGHNESSY, John J.; ZECHMEISTER, Eugene B.; ZECHMEISTER, Jeanne S. **Metodologia de Pesquisa em Psicologia**. 9ªed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
- SHIFFMAN, Saul; STONE, Arthur A.; HUFFORD, Michael R. Ecological momentary assessment. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 4, p. 1-32, 2008.
- SINHA, Rajita. New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. **Current psychiatry reports**, v. 13, n. 5, p. 398-405, 2011.
- SIROTA, Alan D. et al. Intolerance for Smoking Abstinence Questionnaire: Psychometric properties and relationship to tobacco dependence and abstinence. **Addictive behaviors**, v. 35, n. 7, p. 686-693, 2010.
- SKINNER, Ellen A. et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. **Psychological bulletin**, v. 129, n. 2, p. 216, 2003.
- STEINBERG, Marc L. et al. Task persistence predicts smoking cessation in smokers with and without schizophrenia. **Psychology of addictive behaviors**, v. 26, n. 4, p. 850, 2012.
- STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- TENNEN, Howard et al. A daily process approach to coping: Linking theory, research, and practice. **American Psychologist**, v. 55, n. 6, p. 626, 2000.
- TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODOC. **World drug report**. Vienna: United Nations publication. 2015
- VITALIANO, Peter P.; MAIURO, Roland D.; RUSSO, Joan; BECKER, Joseph. Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. **Journal of behavioral medicine**, v. 10, n. 1, p. 1-18, 1987.
- WALLACE, Barbara C. Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. **Journal of substance abuse treatment**, v. 6, n. 2, p. 95-106, 1989.

- WITKIEWITZ, Katie; MARLATT, G. Alan. Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. **Clinical psychology review**, v. 27, n. 6, p. 724-738, 2007.
- WITKIEWITZ, Katie et al. Nonnormality and divergence in posttreatment alcohol use: Reexamining the Project MATCH data" another way." **Journal of abnormal psychology**, v. 116, n. 2, p. 378, 2007.
- WITKIEWITZ, Katie. Predictors of heavy drinking during and following treatment. **Psychology of addictive behaviors**, v. 25, n. 3, p. 426, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. **Principles of drug dependence treatment**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, Acesso em: 10/10/2015.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

O/A Sr(a). foi selecionado(a), e está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Dinâmica do Estresse Interpessoal na Recaída ao Uso de Drogas”, de responsabilidade do pesquisador Iagê Lage Donato, sob a orientação do Dr. Fabio Biasotto Feitosa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Pesquisador Responsável: Iagê Lage Donato.

Telefone para contato: (69) 9283-6140/ 3223-1610. **E-mail:** iagedonato@hotmail.com

Orientador: Dr. Fabio Biasotto Feitosa.

Telefone para contato: (69) 8147-6667. **E-mail:** fabiobfeitosa@gmail.com.

1. Natureza da pesquisa: O/A Sr(a). está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer alguns aspectos do seu problema de dependência química e as recaídas que você teve durante o tratamento. Também serão abordados assuntos sobre os relacionamentos que você mantém com familiares, amigos, colegas de trabalhos e outras pessoas significativas na sua vida.

2. Importância da pesquisa: Esta pesquisa será importante, pois poderá oferecer informações que podem contribuir para melhorar as formas de tratamento disponíveis para a dependência química, principalmente para prevenir recaídas e problemas com familiares, amigos, colegas de trabalhos e outras pessoas significativas.

3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo, o(a) Sr(a). permitirá que o pesquisador Iagê Lage Donato realize os seguintes procedimentos de pesquisa: consulta ao seu prontuário; uma entrevista; aplicação de um questionário e de um teste psicológico relacionado ao estresse; A partir disso, serão feitas as análises necessárias para que este estudo alcance seus objetivos. Ao participar desta pesquisa você responderá algumas questões que nortearão a entrevista, e que, se autorizada, será gravada e transcrita na íntegra, posteriormente. O/A Sr(a). poderá ser chamado(a) futuramente para prestar informações adicionais e avaliar as análises feitas sobre as informações que você prestou. Todas as etapas da pesquisa serão feitas dentro do prédio do CAPSad. Comprometo-me, ainda, em manter os dados da pesquisa sigilosamente em arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Após esta data, os materiais serão destruídos e/ou incinerados.

4. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo preservada sua identidade, assim como as identidades de todas as pessoas por você referidas. A pesquisa terá duração de ____ mês(es), com o término previsto para _____. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas para ESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

5. Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa e também para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo o principal investigador Iagê Lage Donato, que você poderá entrar em contato no endereço que consta ao fim deste documento.

6. Garantia de saída: Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

7. Riscos e Benefícios: A entrevista utilizada poderá gerar algum desconforto aos participantes por se tratar de um problema de saúde ainda estigmatizado, possui riscos de uma possível ocorrência de sentimentos desagradáveis para os participantes desta pesquisa. Os participantes poderão sofrer mínimos riscos psicológicos devido às expressões que estes farão sobre seus problemas com a dependência química, podendo resultar nas alterações de suas emoções e estimulação de estresse emocional, uma vez que a pesquisa está relacionada com a vivência direta de suas recaídas. Portanto como medida de proteção ao participante, será explicado antecipadamente os benefícios desta pesquisa para os mesmos, preparando-os psicologicamente de forma indireta.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de fornecer informações importantes para o tratamento da sua dependência química e prevenir futuras recaídas, podendo subsidiar ações eficazes no tratamento de pacientes com esse problema, bem como de seus familiares.

8. Formas de ressarcimento: Não será oferecido nenhum tipo de ressarcimento, pois se trata de pesquisa de cunho acadêmico sem patrocínio. Assim, o(a) Sr(a). não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia.

Campus - BR 364, Km 9,5 CEP: 76801-059 - Porto Velho – RO.

Fone: (69) 2182-2100. E-mail: nusau@unir.br.

O/A Sr(a). receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso EU, _____ DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Contato do(a) participante

Endereço: _____.

Telefone: _____.

Contato de urgência: Sr(a).

Endereço: _____.

Telefone: _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador responsável

Porto Velho, _____ de _____ de 201__.

APÊNDICE B – Carta de anuência para realização de pesquisa**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Domingos Sávio Fernandes de Araújo,
Secretário da SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho-RO, afirmo
estar ciente das propostas apresentadas pelo mestrando Iagê Lage Donato a fim de
realizar a pesquisa com o título “Dinâmica do Estresse Interpessoal na Recaída ao Uso
de Drogas” durante o período de outubro de 2015 a maio de 2016 e autorizo a realização
da coleta de dados nas dependências Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
(CAPSad) de Porto Velho-RO.

Porto Velho (RO), 17 de setembro de 2015.

(Assinatura do responsável pela instituição com carimbo)

Domingos Sávio Fernandes de Araújo
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada

Apresentação da entrevista:

“Durante a entrevista, vamos falar sobre os relacionamentos que você mantém com familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas importantes na sua vida. Também vamos falar sobre o seu problema de dependência química e a(s) recaída(s) que você teve. Para esclarecimento, chamaremos de recaída às vezes em que você voltou a ter problemas com drogas depois de ter conseguido controlar ou parar de usar durante alguns dias, semanas, meses ou anos.”

Questões norteadoras:

Sobre relacionamentos interpessoais:

- Quem são as pessoas que convivem com o(a) entrevistado(a)?
- Quem são as pessoas importantes para o(a) entrevistado(a)?
- Como são esses relacionamentos?
- Essas pessoas também usam drogas? Quais?
- Existem conflitos nesses relacionamentos? Quais são os motivos?

Sobre dependência química:

- Como o(a) entrevistado(a) desenvolveu a dependência química?
- Qual(ais) droga(s) ele usa ou usou?
- Onde, quando e com quem usa drogas?
- Quando e por que iniciou o tratamento/controlou o uso/parou de usar drogas?

Sobre recaída:

- Quantas recaídas ele(a) teve?
- Onde, quando e com qual(ais) droga(s) teve a(s) recaída(s)?
- Havia alguém com ele(a) na ocasião da recaída? Quem?
- Houve problemas em decorrência da recaída? Quais?
- Quais foram os eventos antecedentes e consequentes à(s) recaída(s) (especialmente as interações sociais significativas)?
- Houve algum tipo de problema ou aborrecimento previamente à recaída? Com quem?
- Como interpretou a situação-problema? O que pensou? O que sentiu? O que fez e com qual resultado?

- É possível identificar alguma relação entre a situação, o estresse, o tipo de enfrentamento e a recaída? Tecer a justificativa.

Aplicação de questionário e inventário:

“Então, agora gostaria de coletar algumas informações adicionais que são rotineiras nesse tipo de pesquisa”.

(aplicação do questionário sociodemográfico)

(aplicação do inventário de *coping*, selecionando juntamente com o participante uma das situações relatadas para avaliar com mais detalhes, especialmente se for uma situação de pressão social ou conflito interpessoal e/ou que antecedeu a recaída).

Finalização e agradecimentos:

“Antes de encerrarmos a entrevista, você gostaria de fazer algum comentário, pergunta ou dizer algo que considere importante e não falamos a respeito?”

(tempo para a resposta)

“Volto a agradecer a sua participação e dentro de algumas semanas entrarei em contato com você para apresentar a análise que farei sobre as informações que me concedeu. Você poderá dar sua opinião, solicitar que retire ou inclua alguma informação e, assim, contribuirá para a qualidade da pesquisa. Muito obrigado, até logo!”

APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico

Idade: _____.
Sexo: () M () F
Nacionalidade: _____.
Naturalidade: _____.
Cor (autodeclarado): () Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena. Etnia:_____.
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Concubinato/amasiado () Outro: _____.
Filhos: () Sim; Quantos:_____. Idades:_____. () Não
Mora com quem: _____ _____.

Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Casa alugada <input type="checkbox"/> Casa de familiares <input type="checkbox"/> Casa de amigos <input type="checkbox"/> Em situação de rua
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não alfabetizado <input type="checkbox"/> Apenas alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo
Possui profissão definida: <input type="checkbox"/> Sim; Qual:_____ <input type="checkbox"/> Não
Situação de trabalho atual: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Desempregado
Fonte de renda principal: <input type="checkbox"/> Emprego fixo com carteira de trabalho assinada <input type="checkbox"/> Empregado temporário com carteira de trabalho assinada <input type="checkbox"/> Profissional autônomo com registro em conselho de classe <input type="checkbox"/> Afastado do trabalho/recebendo benefício <input type="checkbox"/> Emprego sem carteira de trabalho assinada <input type="checkbox"/> Trabalho informal <input type="checkbox"/> Outro:_____
Renda familiar mensal (média): R\$:_____

ANEXO A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ): 32-item checklist.

Nº Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity	
Personal Characteristics	
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2. Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4. Gender	Was the researcher male or female?
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants	
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design	
Theoretical framework	
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection	
10. Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11. Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12. Sample size	How many participants were in the study?
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting	
14. Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection	
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the

21. Duration	interview or focus group? What was the duration of the interviews or focus group?
22. Data saturation	Was data saturation discussed?
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings	
Data analysis	
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28. Participant checking Reporting	Did participants provide feedback on the findings?
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Fonte: Tong, Sainsbury e Craig (2007).

ANEXO B - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0 - não usei esta estratégia

1 - usei um pouco

2 - usei bastante

3 - usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20. Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o	0	1	2	3

problema.	
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0 1 2 3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0 1 2 3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0 1 2 3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0 1 2 3
36. Encontrei novas crenças.	0 1 2 3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0 1 2 3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0 1 2 3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0 1 2 3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0 1 2 3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0 1 2 3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0 1 2 3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0 1 2 3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0 1 2 3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0 1 2 3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0 1 2 3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0 1 2 3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0 1 2 3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0 1 2 3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0 1 2 3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0 1 2 3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0 1 2 3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0 1 2 3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0 1 2 3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0 1 2 3
56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0 1 2 3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0 1 2 3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0 1 2 3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0 1 2 3
60. Rezei.	0 1 2 3
61. Me preparei para o pior.	0 1 2 3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0 1 2 3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0 1 2 3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0 1 2 3
65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0 1 2 3
66. Corri ou fiz exercícios.	0 1 2 3

Fonte: Savoia, Santana e Mejias (1996).